



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Promoção de comportamentos de saúde na Pessoa com
doença pulmonar obstrutiva crónica: intervenção de
enfermagem comunitária**

Tânia Cristina Ramos Mendes

—

—

Lisboa

2020



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Promoção de comportamentos de saúde na Pessoa
com doença pulmonar obstrutiva crónica: intervenção de
enfermagem comunitária**

Tânia Cristina Ramos Mendes



Orientador: Professor Doutor José Edmundo Xavier
Furtado de Sousa



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A nossa maior glória não reside no facto de nunca cairmos, mas sim em levantarmo-nos sempre depois de cada queda.”

Oliver Goldsmith

Agradecimentos

A realização deste curso só foi possível graças a várias pessoas que, direta ou indiretamente, deram o seu apoio e a sua colaboração e a quem, desde já, expresso os mais sinceros agradecimentos.

Ao Luís e Martim, obrigada pelo carinho, compreensão e paciência.

Aos meus pais e mano, obrigada pelo vosso apoio em todos os momentos da minha vida.

À Enfermeira Delmina Moreira e a toda a equipa da USF AS, agradeço a disponibilidade e o carinho com que me receberam.

Ao Professor Edmundo Sousa, agradeço toda a disponibilidade e contributos para a realização deste trabalho.

À Enfermeira Manuela Leal, agradeço todo o apoio, força e motivação, sem a qual não teria conseguido concluir este percurso.

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das doenças crónicas com maior prevalência mundialmente. Adotar comportamentos de saúde como a cessação tabágica, prática de exercício físico e a adequada adesão à medicação permitem a redução da morte prematura, morbilidade e incapacidade, aumentando a qualidade de vida e o bem-estar desta população.

Este trabalho de intervenção comunitária decorreu entre 23 de Setembro de 2019 e 07 de Fevereiro de 2020 e teve como objetivo geral capacitar os participantes da amostra para uma adequada gestão da DPOC. Realizado segundo a metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993) e de acordo com o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. Para o Diagnóstico de Situação aplicou-se um instrumento composto por duas partes: questionário sócio-demográfico e Medida de Adesão aos Tratamentos de Delgado e Lima (2001). A amostra foi constituída por um grupo de indivíduos (N=42) com DPOC inscritos na USF AS.

O Diagnóstico de Situação permitiu identificar *stressores intra-sistema* como, o desconhecimento acerca da DPOC, a não identificação como doente do foro respiratório, inadequada gestão da medicação, não abandono de comportamentos de risco (hábitos tabágicos) e falta de exercício físico e *stressores extra-sistema* relacionados com a acessibilidade aos cuidados de saúde, nomeadamente, inexistência de Consultas de Enfermagem de seguimento da Pessoa com DPOC e Cessação Tabágica na USF AS. As estratégias de intervenção foram a realização de uma sessão de educação para a saúde (individuais e em grupo), a implementação de uma consulta de enfermagem de seguimento da Pessoa com DPOC e a implementação de uma consulta de enfermagem de Cessação Tabágica.

A capacitação dos indivíduos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como na adequada gestão da doença crónica quando esta já está instalada. Neste sentido, os cuidados de saúde primários e, em especial, a Enfermagem, têm um papel fundamental na promoção de comportamentos de saúde nas populações, tornando indivíduos e grupos capazes de tomar decisões adequadas à sua saúde, de forma responsável e autónoma, com vista à melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, comportamentos de saúde, DPOC

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of the most prevalent chronic diseases worldwide. Adopting health behaviors, namely smoking cessation, physical exercise and adequate medication adherence, is imperative in the COPD management, contributing to the reduction of premature death, morbidity and disability, in order to increase the quality of life and well-being of this population.

This community intervention took place between September 23rd, 2019 and February 7th, 2020 and had the purpose of empowering the participants in the study for an adequate management of COPD. It has been organized according to the Imperatori e Giraldes (1993) Health Planning Method and structured with the assumptions of the Betty Neuman Systems Model. In regard to prepare the Situation Diagnosis, was applied a data collection instrument composed of two parts: a socio-demographic questionnaire and the Measure of Adherence to Treatments by Delgado e Lima (2001). The sample consisted of a group of individuals (N = 42) with the diagnosis of COPD and registered in the USF AS.

The Situation Diagnosis allowed to identify intra-system stressors, such as the lack of knowledge about COPD, the lack of identification as a respiratory patient, inadequate medication management, non-abandonment of risk behaviors (smoking habits) and lack of physical exercise and extra-system stressors, related to the access to health care by this population, namely, lack of follow-up nursing consultations for people with COPD and smoking cessation at USF AS. The intervention strategies consisted in health education sessions (individually and group session), the implementation of a follow-up nursing consultation for the person with COPD and the implementation of a smoking cessation nursing consultation.

The empowerment of individuals improves their awareness for health-promoting actions, as well as the appropriate management of chronic disease when it is already installed. In this sense, primary health care professionals and, in particular, nursing, have an important role in promoting health behaviors in populations, making individuals and groups capable of making appropriate decisions to their health, in a responsible and autonomous way, in order to improve their quality of life.

Keywords: Community Nursing, health behaviours, COPD

Lista de Abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS LVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
FEV	Forced Expiratory Volume
FVC	Forced Vital Capacity
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IE	Índice de Envelhecimento
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PNDR	Programa Nacional das Doenças Respiratórias
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Program for Social Sciences</i>
USF	Unidade de Saúde Familiar
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. Comportamentos de saúde	14
1.2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: um problema de saúde pública	17
1.3. Adesão ao tratamento na DPOC	19
1.4. Conceito de Empowerment	22
1.5. Teoria dos sistemas de Betty Neuman	23
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	26
2.1. Caracterização do local de intervenção	27
2.2. População, população-alvo, amostra	28
2.3. Técnicas e procedimentos de recolha de dados	30
2.4. Apresentação e análise de resultados	31
2.5. Diagnósticos de Enfermagem	38
2.6. Definição de prioridades	39
3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	41
4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	43
5. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	45
6. AVALIAÇÃO	47
7. QUESTÕES ÉTICAS	48
CONCLUSÃO	49
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	
Anexo I – Parecer do Senhor Diretor do ACES AS	

Anexo II – Parecer do Senhor Coordenador da USF AS

Anexo III – Parecer do Núcleo de Formação e Investigação do ACES AS

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS LVT

Anexo V – Parecer dos autores para utilização da MAT

Anexo VI – Parecer do autor para utilização do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

APÊNDICES

Apêndice I – Diagrama do Modelo de Sistemas de Betty Neuman adaptado à intervenção comunitária na USF AS

Apêndice II – Protocolo da *Scoping review* e Diagrama PRISMA

Apêndice III – Questionário sócio-demográfico e Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Apêndice IV – Grelha de análise para priorização dos problemas

Apêndice V – Plano da sessão de EpS e Diapositivos

Apêndice VI – Guia orientador da Consulta de Enfermagem à Pessoa com DPOC

Apêndice VII – Guia orientador da Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica

Apêndice VIII – Avaliação de Indicadores

Apêndice IX - Consentimento Informado

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo	31
Gráfico 1 – Distribuição dos participantes pelo grau de escolaridade	32
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes pelo tempo em anos em que lhes foi diagnosticada a DPOC	33
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes segundo com quem vive acompanhado	34
Gráfico 5 – Distribuição dos participantes consoante os hábitos tabágicos	35
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes de acordo com a prática de exercício físico	35

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

37

INTRODUÇÃO

Atualmente, o estado de saúde das populações é influenciado, não só pela acessibilidade e utilização dos cuidados de saúde, mas principalmente, pelas condições sociais e estilos de vida que adotamos (WHO, 2013). Os fatores sociais e ambientais como o local onde vivemos, o emprego, a pobreza, a qualidade do ar e da água, bem como os comportamentos que adotamos, como o tabagismo, o tipo de alimentação e a atividade física tornaram-se determinantes no estado de saúde da população na mundial.

A prevalência das doenças crónicas a nível mundial é um reflexo da forma como os nossos comportamentos e o ambiente onde vivemos podem influenciar o processo de saúde-doença. De facto, a maior carga de doença a nível mundial corresponde às doenças não comunicáveis ou não transmissíveis.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das doenças crónicas com maior prevalência a nível mundial. A importância de uma adequada adesão aos tratamentos bem como o abandono de comportamentos de risco são determinantes para a qualidade de vida destes indivíduos. O acompanhamento destes indivíduos por parte dos profissionais de saúde é determinante para uma gestão da doença efetiva, sendo preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2011) que exista pelo menos um momento de consulta por ano para um seguimento adequado destes utentes.

A presença de dificuldades na gestão desta doença crónica contribui não só para a perda da qualidade de vida de indivíduos e suas famílias tendo, de igual forma, repercussões a nível social e económico, uma vez que, não cumprir o tratamento irá conduzir ao aumento da taxa de internamentos com consequente aumento das despesas do sistema de saúde.

O controlo das doenças crónicas implica, necessariamente, a consciencialização da população para a adoção de comportamentos de saúde, sendo esse o foco do presente trabalho, inserido no âmbito do estágio de intervenção comunitária decorrente no 3º semestre do 10º curso de Mestrado em Enfermagem, na área de

especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e onde são relatadas as atividades desenvolvidas numa Unidade de Saúde Familiar situada no concelho do Seixal. Foi definido como objetivo geral desta intervenção a capacitação dos participantes da amostra para uma gestão adequada da DPOC e como objetivos específicos contribuir para que os participantes da amostra identifiquem a DPOC como uma patologia respiratória, facilitar a compreensão da importância do abandono de comportamentos de risco, contribuir para uma adequada gestão do regime medicamentoso e melhorar a acessibilidade dos indivíduos aos cuidados de saúde.

A operacionalização desta intervenção comunitária teve por base a metodologia do Planeamento em Saúde e assenta e tem por base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Encontra-se organizado por capítulos que incluem o enquadramento teórico, a metodologia utilizada, bem como a descrição das várias fases da construção desta intervenção comunitária, questões éticas e conclusão.

Promover a saúde das populações implica articular esforços entre vários setores, de forma a concretizar o potencial máximo de saúde de cada indivíduo. A Enfermagem Comunitária assume um papel central neste campo, nomeadamente, ao nível da prevenção, educação para a saúde e manutenção da qualidade de vida das populações.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A mudança para o século XXI trouxe muitos desafios para a saúde pública. Os estilos de vida e comportamentos adotados pelas sociedades modernas, as alterações demográficas e a sustentabilidade económica, são fatores que têm conduzido a uma mudança nos padrões de saúde e doença.

Atualmente, uma grande percentagem da carga total de doença a nível mundial diz respeito às doenças crónicas, consequentemente, a gestão de doenças complexas com multimorbididades tornou-se um desafio diário nos sistemas de saúde. A OMS define doenças crónicas como “doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade, são causadas por alterações patológicas não reversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação ou exigem um longo período de supervisão, observação ou cuidados” (WHO, 2003, p. 4). A etiologia destas doenças recai, na sua maioria, em padrões comportamentais de risco sendo, como tal, susceptíveis de serem modificados e prevenidos.

1.1. Comportamentos de saúde e estilos de vida saudável

Na sua constituição, em 1946, a OMS define saúde como um “estado de completo bem estar físico, mental e social e não, meramente, a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946, p. 1).

Esta definição foi sofrendo alterações com a mudança de paradigmas e, em 1986, a OMS reformula o conceito e define saúde como “a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de lidar com o ambiente que o envolve” (Sousa, 2006, p. 57).

Desta forma, assume-se que o processo saúde-doença não é apenas afetado pelos seus fatores biológicos sendo, igualmente, determinado pela componente social e comportamental dos indivíduos, grupos e comunidade.

Segundo Ribeiro (1989), as alterações no conceito de saúde devem-se às mudanças sociais e económicas que têm ocorrido na nossa sociedade. É, atualmente, assumido que a saúde das populações é determinada pelas condições em que as pessoas vivem, seja pelo seu tipo de alimentação, pelo emprego, pela qualidade do ar e da água, pelos comportamentos que adotam, pelo acesso aos cuidados de saúde, entre outras, os denominados determinantes sociais da saúde.

De facto, nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento, a nível global, das chamadas **doenças não comunicáveis** ou **não transmissíveis**. As doenças não transmissíveis são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus (Ministério da Saúde, 2018) pelo que a implementação de estratégias para a sua prevenção e controlo deverão ser uma prioridade em saúde pública (Ministério da Saúde, 2015). Entre a população portuguesa, 85% da carga total da doença corresponde a doenças crónicas (Ministério da Saúde, 2017).

No que diz respeito aos principais fatores de risco para estas doenças destacam-se o excesso de peso, hábitos alimentares não adequados, tabagismo e sedentarismo existindo, assim, uma forte componente comportamental e, como tal, passíveis de ser modificados e evitados.

Os *comportamentos de saúde*, de acordo com Matos (2004), dizem respeito a “qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde real ou percebido, com o objetivo de promoção, proteção ou manutenção da saúde” (Matos, 2004, p. 259). Estes comportamentos resultam da combinação de conhecimentos, práticas e atitudes (Figueiredo, 2015) e influenciam o estado de saúde dos indivíduos.

Assim, ao adotar comportamentos de saúde, os indivíduos evitam “as causas subjacentes às principais doenças, seja a nível de incidência, prevalência ou mortalidade” (Sousa, 2012, p. 50).

Por outro lado, os *comportamentos de risco* definem os comportamentos que são prejudiciais à saúde, como seja o tabagismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo ou ausência de vigilância de saúde (Figueiredo, 2015).

Neste contexto, importa distinguir, igualmente, o conceito de estilo de vida saudável. A par com as alterações no conceito de saúde, o conceito de estilo de vida saudável tem sofrido modificações, abordando não só a perspectiva comportamental

mas também aspetos contextuais (Ribeiro, 2004). Assim, o conceito de estilo de vida saudável é definido pela OMS (1988) como “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores” (Ribeiro, 2004, p. 388). Neste sentido, o estilo de vida de um indivíduo é definido pelo conjunto de comportamentos que assume no seu quotidiano, sendo estes influenciados pela interação desse indivíduo com o meio envolvente. Este facto evidencia a “necessidade de um esforço global, sério e sustentado, para prevenir e controlar as doenças crónicas não transmissíveis” (Loureiro e Miranda, 2010, p. 99), em que é imperativa a articulação a nível multisectorial e multidisciplinar.

A prevenção e melhoria do controlo das doenças não transmissíveis vai contribuir para a redução da carga de doença, a redução da morte prematura, da morbilidade e incapacidade, aumentando a qualidade de vida e o bem-estar da população. Urge a necessidade de uma intervenção ao nível da promoção de comportamentos de saúde como a cessação tabágica, a prática de exercício físico, alimentação saudável e adequada adesão aos tratamentos (no caso de doença crónica já diagnosticada).

O caminho será “reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam a escolha de comportamentos protetores da saúde” (Matos, 2004, p. 460). Para isso, a intervenção dos profissionais de saúde deverá incidir na capacitação das populações para, quando confrontados com os riscos, consigam um “rápido restabelecimento de um novo equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo, com um mínimo de danos causado pela exposição aos fatores de risco” (Matos, 2004, p. 453).

Esta abordagem é evidente nas metas definidas para 2020 no Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2015), em que é prioritária a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, em que entre os principais se encontra o consumo e exposição ao tabaco. Para isso, é necessário que o cidadão seja capacitado para assumir a responsabilidade de defender a sua saúde individual e, consequentemente, a saúde da sua comunidade. Neste sentido, o cidadão tem que estar devidamente informado, refletindo-se esse conhecimento na alteração dos seus comportamentos menos

saudáveis, bem como na gestão da sua doença. A crença de que o comportamento não influencia a condição de saúde dos indivíduos reflete-se na baixa adesão ao regime terapêutico bem como às recomendações de saúde (Padilha, 2010).

1.2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: um problema de saúde pública

Em Portugal, os dados referentes às doenças crónicas são preocupantes. Entre a população portuguesa, 85% da carga total da doença corresponde a doenças crónicas (Ministério da Saúde, 2017), apresentando o mais recente estudo de prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) uma prevalência de 14,2% em pessoas com quarenta ou mais anos (Ministério da Saúde, 2016). Ainda segundo este estudo, existe um nível elevado de subdiagnóstico (86,8%) e valores elevados de prevalência em indivíduos não fumadores (9,2%).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica caracteriza-se por uma deterioração progressiva e irreversível da função pulmonar com consequente limitação da capacidade respiratória (Higginson e Parry, 2018; GOLD, 2019). Os sintomas mais comuns são a dispneia, tosse produtiva, cansaço com atividade física e pieira (GOLD, 2019; DGS, 2011). O principal fator de risco é o fumo do tabaco (GOLD, 2019; Forum of International Respiratory Societies, 2017) embora outros fatores ambientais também possam contribuir para a etiologia da doença, como a poluição do ar e exposições e inalações ocupacionais (Forum of International Respiratory Societies, 2017).

É considerada uma doença crónica com grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos pelas limitações a que ficam sujeitos com a evolução da doença, bem como a nível familiar, social e económico, representando uma enorme carga para os sistemas de saúde devido ao elevado número de episódios de urgência para controlo da sintomatologia (Punekar, 2015; Leiva-Fernández, García-Ruiz e Prados-Torres 2014). No Reino Unido estima-se que, todos os anos, são gastos 4,7 biliões de libras no tratamento de doenças respiratórias (Gillet, Lippiett e Astles, 2016).

O diagnóstico é estabelecido através de espirometria. Assim, quando a relação entre o volume expiratório forçado num segundo (FEV1 – Forced Expiratory Volume) e a capacidade vital forçada (FVC – Forced Vital Capacity) após broncodilatador é inferior a 70%, confirma-se a existência de limitação no fluxo

aéreo, com carácter persistente (GOLD, 2017). A gravidade da doença é classificada de A a D, consoante a presença de sintomas e sua intensidade (dispneia) e o número e gravidade espirométrica das exacerbações (DGS, 2011).

A identificação numa fase inicial e a redução da exposição a fatores de risco são essenciais para prevenir e tratar a doença (Forum of International Respiratory Societies, 2017; Lundell, Tistad e Rehn, 2017) sendo um dos aspetos fundamentais no seu controlo a cessação tabágica (NICE, 2018; Forum of International Respiratory Societies, 2017; DGS, 2019). Frequentemente, a DPOC associa-se a múltiplas comorbilidades que contribuem para o seu agravamento devendo, por isso, ser igualmente investigadas e tratadas (DGS, 2019). Os estados mais avançados da DPOC caracterizam-se por um acentuado declínio das funções mentais e físicas, redução do nível de atividade física, insuficiência cardíaca e infeções respiratórias periódicas (Rice, 2004).

A DPOC é uma doença complexa, com elevado número de comorbilidades, sendo a sua presença associada a maior número de hospitalizações e mortalidade (GOLD, 2017). São frequentes sintomas de depressão e ansiedade (Dury, 2016), bem como a síndrome metabólica (GOLD, 2017), a doença cardiovascular, a hipertensão, a osteoporose e cancro (Criner e Han, 2018). Neste sentido, as consequências negativas tanto a nível físico como psicológico podem ser prevenidas através de uma adequada gestão da doença (George, 2018).

Após o diagnóstico da DPOC, a intervenção terá como objetivo retardar a progressão da doença, controlar a sintomatologia, melhorar a capacidade física e prevenir e tratar complicações e exacerbações (DGS, 2019). Para isso, é essencial uma atuação a nível multidisciplinar, sendo imprescindível a capacitação do indivíduo para a gestão da sua doença (NICE, 2018; George, 2018).

A complexidade desta doença e as suas limitações físicas e psicológicas são uma enorme sobrecarga para o utente e sua família (Rice, 2004, p. 199). Com a progressão da doença, os indivíduos tornam-se mais debilitados e dependentes dos seus cuidadores (Criner e Han, 2018). Num estudo realizado por Robinson, Lucas e van den Dolder (2017), são comuns os sentimentos de culpa pelo aparecimento da doença, arrependimento e frustração devido às limitações decorrentes da sua condição física, influenciando negativamente a relação com os seus familiares e pessoas significativas. Os autores referem que os familiares e cuidadores da pessoa

com DPOC sofrem uma sobrecarga física e emocional, sentindo-se muitas vezes impotentes e angustiados ao ver o seu familiar numa situação de sofrimento.

1.3. Gestão e adesão ao tratamento na DPOC

A importância de uma adequada adesão ao tratamento reflete-se na qualidade de vida dos indivíduos, bem como na redução de admissões a nível hospitalar (Cox, Mcleod e Sim, 2017), reduzindo os custos do sistema de saúde já tão sobrecarregado.

É consensual na literatura que um dos grandes problemas na gestão da DPOC está relacionado com a baixa adesão ao tratamento por parte dos indivíduos (George, 2018; Vetrano, Bianchini e Onder, 2017; Lareau e Yawn, 2010; Haynes *et al*, 2008). A adesão ao tratamento corresponde a adesão farmacológica e não farmacológica, ou seja, para além da aplicação ao regime terapêutico, inclui o facto de não se seguir as indicações no que respeita à mudança de hábitos de saúde e estilos de vida (Cabral e Silva, 2010).

Vários autores fazem a distinção entre os termos *compliance* e adesão terapêutica, sendo o primeiro considerado numa abordagem mais paternalista em que existe uma “obediência simples e cega às sugestões emitidas pelo médico” (Bugalho e Carneiro, 2004). O segundo também se encontra associado a concordância e sugere a autonomia do utente (George, 2018) em que este “partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde” (Bugalho e Carneiro, 2004, p.10).

Considerando a definição de adesão proposta na CIPE (ICN, 2011, p.38), esta diz respeito a uma “ação auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação” em que a pessoa “cumpre o regime de tratamento como prescrito, muda o comportamento para melhor (...)”, encontrando-se associado o “apoio da família e pessoas importantes para o cliente”.

A adesão ao tratamento é um fenómeno influenciado por múltiplas causas (George, 2018; Haynes, Ackloo e Sahota, 2008), como a complexidade do tratamento (Vetrano *et al*, 2017), a severidade da doença e sua duração, a frequência das dosagens e possíveis efeitos secundários, a polimedicação (Leiva-

Fernández *et al*, 2014), as crenças do utente, o suporte a nível social e familiar (Lareau e Yawn, 2010), baixa motivação e não existência de uma relação de confiança com os profissionais de saúde que acompanham o utente (George, 2018). Desta forma, pode-se classificar a não adesão terapêutica como *intencional*, quando o indivíduo não cumpre o tratamento embora o conheça e *não intencional*, quando o indivíduo não compreende a informação fornecida pelo profissional de saúde, se esquece de tomar a medicação, tem dificuldade em gerir o regime terapêutico, por exemplo, por má comunicação com o profissional de saúde (WHO, 2003).

A OMS (WHO, 2003) define 5 dimensões da não adesão ao tratamento: as **condições sócio-económicas**, como seja, a pobreza, o desemprego, o analfabetismo, os custos da medicação, os custos dos transportes, obrigando os indivíduos a definir prioridades que podem não incluir a aquisição da medicação; **fatores relacionados com a terapêutica**, como seja a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento, alterações no esquema terapêutico e a existência de efeitos secundários; **fatores relacionados com a doença**, como o grau de severidade, duração e a incapacidade gerada; **fatores relacionados com o próprio indivíduo**, como sejam as suas crenças, a ausência de informação/conhecimento acerca da sua doença ou a falta de motivação; e **fatores relacionados com os profissionais e sistemas de saúde**, como seja a acessibilidade a cuidados de saúde, o escasso tempo de consulta, a disponibilidade de seguimento adequado destes indivíduos ou a falta de conhecimento dos profissionais de saúde relativamente a especificidades da doença.

São vários os motivos apontados para a baixa adesão ao tratamento entre os indivíduos com DPOC, nomeadamente a severidade da doença (existindo menor adesão nas fases em que a sintomatologia está mais controlada), a duração da doença (uma vez que tende a existir menor adesão no caso de doenças prolongadas) e a complexidade do tratamento (o tratamento da DPOC requer, muitas vezes, um regime terapêutico complexo, combinando vários tipos de inaladores) (Vetrano *et al*, 2017).

Num estudo realizado por Vetrano *et al* (2017) acerca da adesão terapêutica em indivíduos com DPOC na comunidade, é referido que as características sócio-demográficas podem influenciar a adesão terapêutica, nomeadamente, a idade (piores resultados de adesão em indivíduos mais velhos, por vezes associado a

presença de multimorbilidade), sexo (sexo feminino apresentou piores resultados de adesão terapêutica, apresentando mais episódios de exacerbação da doença), não fumadores tiveram melhores resultados na adesão comparativamente com indivíduos fumadores.

Embora não exista evidência científica de uma “cura” para a não adesão aos tratamentos (Haynes *et al* , 2008), esta pode ser melhorada mediante a intervenção adequada por parte dos profissionais de saúde, principalmente no contexto da saúde comunitária.

No caso particular da DPOC, vários estudos demonstram a importância de um acompanhamento adequado destes utentes por parte da equipa multidisciplinar, na comunidade, sendo dada particular relevância à intervenção da Enfermagem (Higginson e Parry, 2018; Cox *et al*, 2017; Pickstock, 2015). Uma adequada adesão ao regime terapêutico inclui a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, nomeadamente, o abandono de comportamentos de risco como sejam os hábitos tabágicos e o sedentarismo (Lemmens *et al*, 2010).

Neste sentido, existe evidência que a implementação de programas de promoção da auto-gestão da doença nos indivíduos com DPOC associados a uma educação adequada acerca da sua doença e acompanhamento por parte da equipa multidisciplinar composta por profissionais com competências especializadas contribui para a diminuição da presença destes utentes na consulta médica de urgência (Lemmens *et al*, 2010; Baker e Fatoye, 2017; Hillebregt, Vlonk e Bruijnzeels, 2017), melhoria da ansiedade (Baker e Fatoye, 2017) e redução de hospitalizações (Chung, Lake e McCamley, 2015; Gillet *et al*, 2016) sendo relevante a intervenção dos profissionais de Enfermagem (Cox *et al*, 2016; Pickstock, 2015).

Os profissionais de saúde deverão estar despidos para o fenómeno da não adesão ao tratamento e serem capacitados para adequarem a sua intervenção a cada pessoa. Na atuação a nível comunitário, é imprescindível estimar as necessidades das populações, definir prioridades e adequar estratégias de intervenção. É evidente a necessidade de estabelecer parcerias e articular esforços entre os vários recursos da comunidade de forma a melhorar o acesso aos cuidados de saúde por parte das populações.

Para além disso, torna-se cada vez mais evidente a importância da prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente, o tabagismo que, segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014, apresentava uma prevalência de 20% na população portuguesa e que representa uma das principais causas evitáveis de morte por cancro, por doenças respiratórias e por doenças cérebro-vasculares (Ministério da Saúde, 2018).

A capacitação da população para a realização das escolhas mais adequadas para a sua saúde é o caminho para a prevenção e controlo da doença crónica na comunidade.

1.4. Conceito de Empowerment

Para que exista mudança comportamental, de forma a contribuir positivamente para o estado de saúde, torna-se evidente a necessidade da população, não só estar informada mas, acima de tudo, capacitada para fazer as escolhas adequadas. Neste contexto, o conceito de *empowerment* representa a capacitação dos indivíduos, grupos ou comunidade para tomar decisões, “voluntárias e conscientes” (Carvalho e Carvalho, 2016, p. 35) no seu processo de saúde.

Assim, através deste processo, as populações adquirem competências que lhes permitem reconhecer as suas necessidades, revolver os seus problemas e mobilizar os recursos necessários, assumindo o controlo das suas vidas (Gibson, 1991, citado por Kendall, 1998).

A capacitação dos indivíduos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como na adequada gestão da doença crónica quando esta já está instalada. Os cuidados de saúde primários e, em especial, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária assumem um papel central, pela especificidade das suas funções, na promoção da saúde e na mudança de comportamentos, promovendo a responsabilização e autonomia de indivíduos, grupos e comunidade, contribuindo para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população.

1.5. Teoria dos Sistema de Betty Neuman

As alterações que têm existido, nos últimos anos, na nossa sociedade, têm conduzido a uma necessidade de repensar a forma como prestamos cuidados de saúde. Cada vez mais existe a necessidade de abandonar modelos assentes no autoritarismo, como o modelo biomédico, em que o profissional de saúde é o detentor de conhecimento e o cliente é visto como um sujeito passivo na relação terapêutica (Jeremias e Rodrigues, 2011) e implementar modelos em que a prática é centrada no cliente, considerando as suas atitudes, crenças, valores e expectativas.

A presente intervenção comunitária assenta nos pressupostos do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, adaptando-o à prática comunitária, uma vez que enfatiza uma abordagem multidimensional e sistémica que, centrada no cliente, valoriza a interação entre este e o ambiente em que está inserido.

O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman tem por base os princípios holísticos e de bem estar do sistema cliente, podendo este ser um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. Articula as variáveis que afetam a resposta do cliente aos *stressores* e explica como a estabilidade do sistema é alcançada na sua relação com o ambiente envolvente (Neuman e Fawcett, 2011). O estado de saúde representa a estabilidade do sistema ou bem-estar ideal num determinado momento (George, 2000). Assenta em quatro conceitos fundamentais: cliente, ambiente, saúde e enfermagem.

O *cliente* é considerado um sistema aberto em interação constante com o ambiente, interno e externo, de forma a manter o equilíbrio. Este sistema é sujeito à ação de estímulos denominados por “*stressores*”, que podem agir positiva ou negativamente, dependendo da forma como são geridas estas influências (George, 2000).

O *ambiente interno* representa “as forças e interações dentro do sistema cliente” e correlaciona-se com os fatores ou *stressores* intrapessoais (ou intra-sistema), o *ambiente externo* é representado pelas forças e interações externas ao sistema cliente e interage com os fatores inter e extrapessoais (ou inter e extra-sistema) (Neuman e Fawcett, 2011). É ainda considerado o *ambiente criado* que é desenvolvido inconscientemente pelo sistema cliente de forma a lidar com a ameaça de *stressores*, através de mecanismos de *coping* (Neuman e Fawcett, 2011).

O sistema cliente é representado por uma série de círculos concêntricos que envolvem a estrutura básica. Assim, envolvendo a estrutura básica ou *core* encontra-se a Linha Flexível de Defesa, a Linha Normal de Defesa e as Linhas de Resistência.

No presente trabalho, o sistema cliente é considerado um sistema agregado, representado pelos indivíduos diagnosticados com DPOC em que as suas características idade, sexo e grau de escolaridade definem o *core*. A Linha Flexível de Defesa é a mais externa, é extensível tipo acordeão, envolve a Linha Normal de Defesa e, em condições ideais, previne o sistema da invasão de *stressores*, neste caso, é representada pela acessibilidade dos indivíduos aos cuidados de saúde, à existência de apoio social, à articulação entre as instituições da comunidade (por exemplo, a articulação entre hospital e centro de saúde). A Linha Normal de Defesa é o segundo mecanismo de proteção do sistema, envolve as Linhas de Resistência e corresponde ao resultado da evolução do sistema cliente ao longo do tempo, o seu estado de saúde e bem estar. Neste caso, a Linha Normal de Defesa do sistema agregado diz respeito à adequada gestão da DPOC, em que existe uma elevada adesão ao tratamento e abandono de comportamentos de risco, refletindo-se na manutenção da qualidade de vida dos indivíduos. As Linhas de Resistência envolvem a estrutura básica ou *core*, são ativadas após invasão da Linha Normal de Defesa e protegem a integridade do sistema cliente, neste caso, são representadas pelo apoio familiar destes indivíduos, o nível de conhecimento que têm acerca da sua doença crónica, a relação de confiança que têm com os profissionais de saúde, a sua capacidade económica, a vigilância de saúde e o Plano Nacional de Vacinação atualizado (diagrama em Apêndice I).

O objetivo da Enfermagem é a promoção da estabilidade do sistema cliente. A intervenção é feita através dos três níveis de prevenção: a **prevenção primária** reforça a linha flexível de defesa de forma a manter o bem-estar ou estabilidade do sistema através da prevenção do *stress* e controlo de fatores de risco; a **prevenção secundária** pretende reforçar as linhas de resistência quando a linha flexível de defesa já foi afetada e a **prevenção terciária**, que visa a readaptação do sistema, reforçando-o de forma a evitar futuras ocorrências e restabelecimento da estabilidade do sistema (Neuman e Fawcett, 2011).

Torna-se evidente a necessidade de existir uma avaliação da presença real ou potencial dos fatores de *stress* que afetam o sistema de forma a dirigir adequadamente a sua intervenção, fortalecendo o sistema e facilitando-o a restabelecer o equilíbrio (Neuman e Fawcett, 2011). Neste sentido, através das várias etapas do Planeamento em Saúde, será possível identificar os *stressores* reais ou potenciais e direccionar a atuação de Enfermagem de forma a contribuir para o restabelecimento do equilíbrio do sistema agregado.

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico e pode ser definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 23) e estrutura-se em 3 etapas: elaboração do plano, execução e avaliação. A elaboração do plano inclui diferentes fases como o *diagnóstico de situação*, em que são identificadas as necessidades/problemas em saúde da população; a *definição de prioridades*, em que serão hierarquizados os problemas; a *fixação de objetivos*, em que se determinam os objetivos a atingir; a *seleção de estratégias*, em que se determina “o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 87); a *elaboração de programas e projetos*, que consiste no estudo das atividades necessárias à execução de determinada estratégia para atingir um ou vários objetivos; e a *preparação da execução*, onde se definem responsabilidades da execução do plano e cronogramas das atividades (Imperatori e Giraldes, 1993). A última fase, *avaliação*, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993), compreende dois momentos, a avaliação a curto prazo, realizada através de *indicadores de processo* que permitiram fixar metas e a avaliação a médio prazo, realizada através de *indicadores de resultado*.

O Diagnóstico de Situação é a primeira etapa do planeamento em saúde, deverá corresponder às necessidades de saúde da população e, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993) a “qualidade e perfeição atingidas no diagnóstico de situação determinarão a escolha das prioridades” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.44).

Neste capítulo é descrita a metodologia para a realização do presente estudo, das suas etapas, abordando as questões éticas e expondo os resultados obtidos. Assim, e com o intuito de contextualizar as necessidades em saúde da população em estudo, descreve-se o percurso realizado, é feita a caracterização do local de intervenção, técnicas e procedimentos realizados, população-alvo e amostra e, por último, apresentação e análise de resultados.

2.1. Caracterização do local de intervenção

O presente estudo foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente a um dos 15 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, localizado num dos 9 concelhos da península de Setúbal. A área geográfica deste concelho é de 95km², sendo composto por 6 freguesias. A sua população residencial estimada é cerca de 164 625 habitantes, apresentando uma das mais elevadas densidades populacionais da área metropolitana de Lisboa, cerca de 1724,7 habitantes/Km² (DGS, 2016). A área de influência da USF está limitada a uma das 6 freguesias, tendo 19 906 utentes inscritos (BI-CSP).

Os dados demográficos demonstram que é um concelho em que a população tem vindo a envelhecer. Em 2015 apresentava um Índice de Envelhecimento (IE)¹ de 113,4 por 100 e em 2018 um IE de 124,3 por 100 (PORDATA). A taxa bruta de mortalidade neste concelho é de 8,2 óbitos por 1000 habitantes (PLS AS 2017-2020). Em 2016, de acordo com o PLS AS 2017-2020, as causas de morte para todas as idades e ambos os sexos que se destacam são as doenças do aparelho circulatório (30,9%), seguidas dos tumores malignos (27,3%). De referir que, de 2012 a 2014, a taxa de mortalidade prematura (<75 anos) para ambos os sexos apresentou valores superiores à região de Lisboa e Vale do Tejo para grande parte das causas de morte, nomeadamente no que diz respeito a tumores malignos, a doença isquémica cardíaca, a diabetes mellitus, a infeção por vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA), as doenças crónicas do fígado, as doenças crónicas das vias aéreas inferiores e a tuberculose (PLS AS 2017-2020).

Relativamente aos principais problemas de saúde da população inscrita neste ACES que atingiram maior proporção em 2016 foram a hipertensão arterial (23,5%), as alterações do metabolismo dos lípidos (19,3%), perturbações depressivas (9,3%) e a obesidade (9,3%) (PLS AS 2017-2020).

¹Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (PORDATA - <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>)

No que respeita aos determinantes de saúde, de acordo com o PLSAS 2017-2020, o mais prevalente é o excesso de peso, seguido do abuso de tabaco, com proporções superiores no sexo masculino.

A escolha deste local de estágio recaiu na sua localização geográfica bem como na oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção comunitária em indivíduos com doença crónica.

A equipa de profissionais que constitui a USF é composta por 11 (onze) Enfermeiros, 11 (onze) Médicos, 5 (cinco) Internos e 8 (oito) Secretários Clínicos. A sua missão é a prestação de cuidados de saúde de excelência a todos os utentes inscritos na USF, ao longo do seu ciclo de vida, considerando as suas necessidades e características, com o empenho de todos os profissionais e cidadãos.

2.2. Técnicas e procedimentos realizados

A problemática das doenças respiratórias, nomeadamente a DPOC, vem sendo abordada ao nível dos cuidados de saúde primários desta área geográfica, sendo considerado, tanto no anterior Plano Local de Saúde (PLS) 2014-2016 como no mais recente PLS 2017-2020, um dos problemas de saúde prioritários nesta população.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das doenças crónicas com maior prevalência a nível mundial. A importância de uma adequada adesão aos tratamentos bem como o abandono de comportamentos de risco são determinantes para a qualidade de vida destes indivíduos. O acompanhamento destes indivíduos por parte dos profissionais de saúde é determinante para uma gestão da doença efetiva, sendo preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2011) que exista pelo menos um momento de consulta por ano para um seguimento adequado destes utentes.

Na sequência do estágio realizado nesta USF, procurou-se fazer uma análise das presenças em consulta de Enfermagem de indivíduos com o diagnóstico de DPOC no último ano (2018) tendo-se constatado que existia um elevado número de utentes sem qualquer momento de consulta com o enfermeiro de família (numa lista com 36 utentes com diagnóstico de DPOC, apenas 22 foram observados pelo enfermeiro no último ano) existindo, por isso, pouca informação acerca da adequada gestão do

regime terapêutico por parte destes indivíduos, bem como informação acerca de abandono de comportamentos de risco.

Desta forma, procurando dar resposta a uma problemática sentida na USF e indo de encontro a uma das estratégias definidas no PLS AS 2017-2020 da área Cidadania em Saúde - Implementar projetos de educação para a saúde e de autogestão da doença através dos diferentes canais de comunicação do ACES e parceiros – foi definida como temática do projeto de intervenção comunitária a **“Promoção de comportamentos de saúde na pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica: intervenção de enfermagem comunitária”**.

Com o intuito de identificar, no seio da comunidade científica, o nível de adesão ao tratamento neste grupo de doentes crónicos foi realizada uma revisão sistemática da literatura, na forma de uma *scoping review* (Protocolo da *scoping review* e Diagrama PRISMA em Apêndice II) sendo, igualmente, realizada uma pesquisa acerca de instrumentos de recolha de dados sobre adesão aos tratamentos validados para Portugal.

A escolha para instrumento de recolha de dados recaiu na Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), pois permite verificar se existe adesão dos utentes aos medicamentos prescritos, nomeadamente no que respeita à frequência da omissão das tomas da medicação, falhas nas horas das tomas, interrupção e abandono da terapêutica prescrita. De acordo com os autores, embora não sejam explicadas as razões da maior ou menor adesão, detetar a não adesão irá permitir aos profissionais de saúde compreender “os problemas e dificuldades a uma adesão adequada”, facilitando os profissionais a “delinear estratégias de atuação”, “implementar programas apropriados de educação para a saúde” ou “conduzir a uma alteração dos moldes da comunicação entre o profissional de saúde e o doente” (Delgado & Lima, 2001, p.95). Esta medida constitui-se sob a forma de escala de Likert, de frequência descendente, de 6 pontos, em que o valor 1 corresponde ao nível mais fraco de adesão e o valor 6 corresponde ao nível mais elevado de adesão terapêutica, sendo constituída por sete perguntas.

Assim, para a realização do Diagnóstico de Situação foi aplicado um questionário composto por duas partes (Apêndice III). A parte A corresponde a um questionário de caracterização sociodemográfica da amostra onde, também, são incluídas duas

questões relativas a hábitos tabágicos e exercício físico, e a parte B corresponde à Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

A aplicação dos questionários decorreu de 03 a 31 de Outubro de 2019, tendo sido aplicados a todos os utentes que se deslocaram à USF nesse período para vacinação ou outro momento de consulta. Houve o envolvimento de toda a equipa de Enfermagem neste projeto, tendo sido feita uma sessão de esclarecimento acerca da aplicação dos questionários e pedido de consentimento informado aos utentes a toda a equipa. Previamente à aplicação dos questionários foi realizado um pré-teste a 5 utentes não tendo existido qualquer dificuldade na compreensão das perguntas e aplicação do questionário.

O tratamento dos dados recolhidos foi realizado com recurso ao programa informático SPSS versão 25.

2.3. População, população-alvo e amostra

A população é definida por Fortin (2009) como um conjunto de elementos que têm características comuns. A população definida para o presente estudo diz respeito aos indivíduos com DPOC inscritos no ACES AS.

A população-alvo é representada pelos utentes com DPOC inscritos na USF, com diagnóstico confirmado por espirometria.

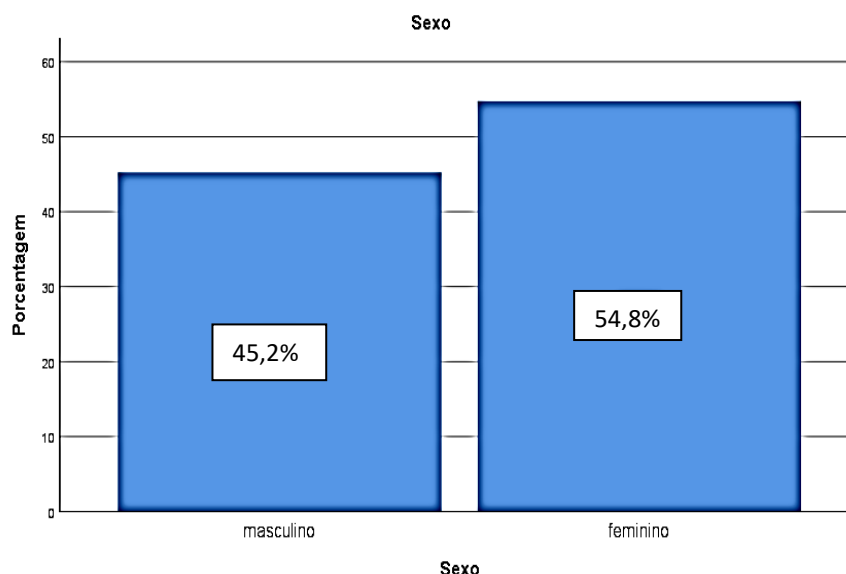
O presente estudo faz-se constituir por uma amostra não probabilística, por conveniência, ou seja, utilizou-se um grupo de indivíduos que estava disponível, que cumpria os critérios de inclusão (estar inscrito na USF e ter o diagnóstico de DPOC confirmado por espirometria). Assim, a amostra deste estudo corresponde aos utentes com DPOC, com diagnóstico confirmado por espirometria, que recorreram à USF no período compreendido entre 03 e 31 de Outubro de 2019 e que anuíram participar voluntariamente no preenchimento do questionário, traduzindo-se num total de 42 questionários preenchidos.

2.4. Apresentação e análise de resultados

Neste capítulo é feita a apresentação e análise dos resultados obtidos. Estes dados serão apresentados tendo em consideração os pressupostos do Modelo de Betty Neuman que suportam o presente estudo (caracterização do *core* e identificação dos *stressores intra, inter e extra-sistema*).

Assim, o *core* é representado pelos 42 participantes, dos quais 23 são do sexo feminino (54,8%) e 19 são do sexo masculino (45,2%) (Gráfico 1). Na literatura é referido que a prevalência da DPOC entre a população do sexo feminino tem vindo a aumentar (Criner *et al*, 2018). Este aumento pode dever-se a vários fatores, entre os quais, o aumento do consumo de tabaco entre as mulheres nos últimos anos (Ministério da Saúde, 2018) e a predisposição genética para os efeitos nocivos da inalação do fumo de tabaco como fumador passivo (Criner *et al*, 2018).

Gráfico 1



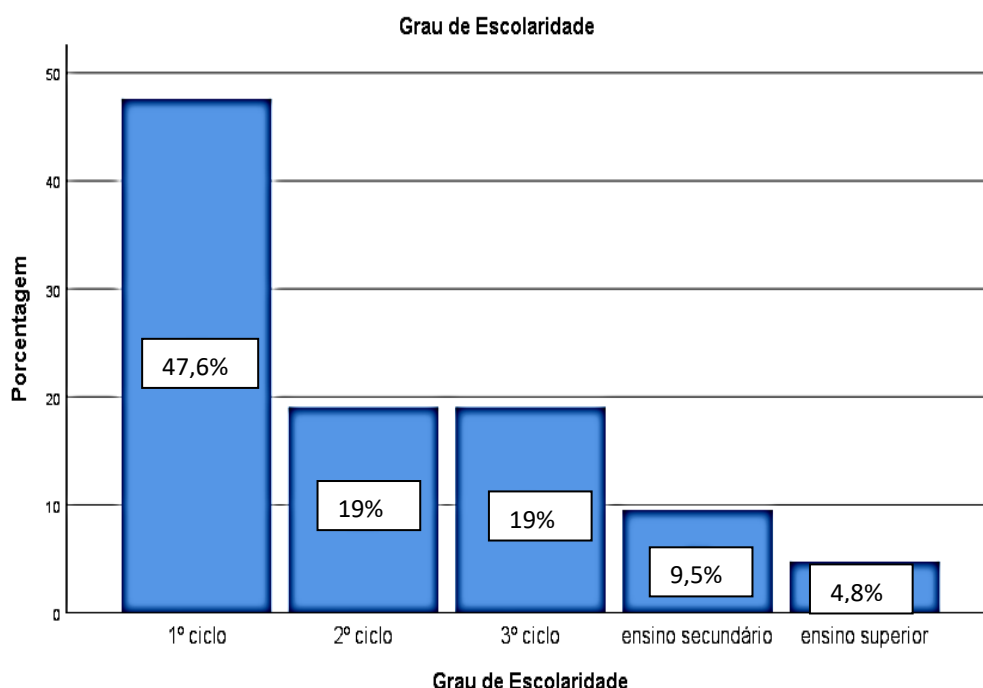
As idades dos participantes variam entre os 49 e os 89 anos de idade, sendo a idade média 73,6 anos (mediana 74,5 anos, moda 75 anos e desvio padrão 8,784). No que respeita à influência da idade na adesão terapêutica, não existe consenso entre a literatura. É referido por alguns autores que existe menor adesão terapêutica entre a população mais idosa por vários fatores, entre os quais, a presença de multi-

morbilidades, diminuição de algumas capacidades como a memória, a capacidade cognitiva, a mobilidade e a destreza (Cabral e Silva, 2010). Noutros estudos é referido que existe maior adesão terapêutica entre a população mais idosa, estando esta associada ao grau de severidade da doença e à presença de outras patologias (Vetrano *et al*, 2017).

Por outro lado, é consensual na literatura a influência dos fatores sócio-económicos na adesão terapêutica (Vetrano *et al*, 2017; Cabral e Silva, 2010; WHO, 2003), nomeadamente a baixa escolaridade, o baixo rendimento e a falta de estabilidade no emprego. Cabral e Silva (2010) referem mesmo no seu estudo que os portugueses que menos adotaram hábitos saudáveis correspondem a pessoas com mais idade e menos recursos económicos.

No que respeita ao grau de escolaridade da amostra, a maioria dos inquiridos (47,6%) refere ter apenas o 1º ciclo, sendo que 9,5% completaram o ensino secundário e cerca de 4,8% dos indivíduos têm formação no ensino superior (Gráfico 2).

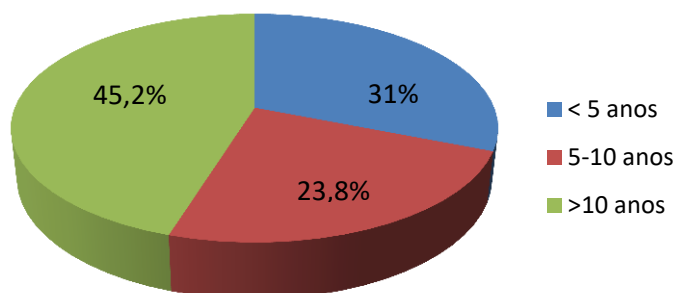
Gráfico 2



Relativamente à atividade profissional, a grande maioria dos indivíduos, cerca de 88,1%, já se encontra reformada, 9,5% são trabalhadores ativos e 2,4% encontram-se desempregados.

Verificou-se, também, que a DPOC foi diagnosticada a 31% dos indivíduos há menos de 5 anos, 23,8% entre 5 e 10 anos e em 45,2% dos indivíduos há mais de 10 anos (Gráfico 3). Cabral e Silva (2010) referem que a adesão ao tratamento é maior quando este tem uma curta duração e não implica alterações nos hábitos quotidianos. Desta forma, a cronicidade, a ausência de sintomatologia ou condições sintomáticas moderadas são fatores que conduzem à falta de rigor na toma da medicação e no abandono de comportamentos nocivos.

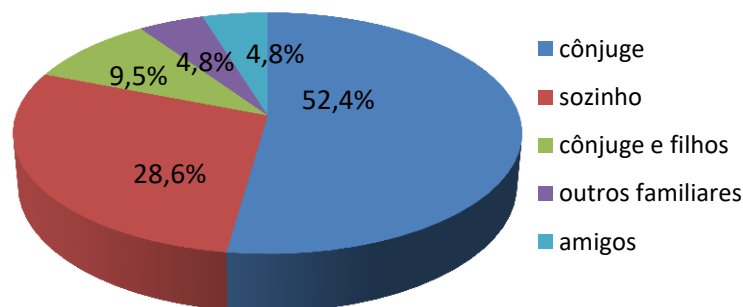
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes pelo tempo em anos em que lhes foi diagnosticada a DPOC



Outros fatores associados ao comportamento dos indivíduos no que respeita à sua doença crónica dizem respeito à estabilidade habitacional, pertencer a um núcleo familiar estruturado, estável, bem como o apoio que recebe das suas redes sociais (Cabral e Silva, 2010).

Relativamente ao acompanhamento familiar destes utentes que, considerando o modelo de Neuman, é parte constituinte das linhas de resistência do sistema agregado, 52,4% refere vive acompanhado com o cônjuge, 28,8% refere viver sozinho, 9,5% refere viver com cônjuge e filhos, 4,8% vive com outros familiares e 4,8% refere viver com amigos (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição dos participantes segundo com quem vive acompanhado



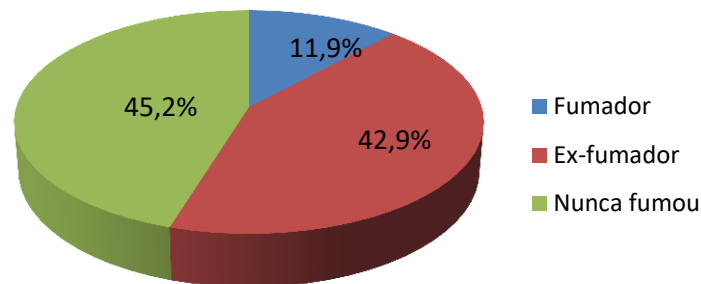
Aos indivíduos que referiram viver sozinhos, foi questionado a quem recorrem quando necessitam de ajuda. Deste grupo, 19% refere recorrer aos filhos, 4,8% recorre a vizinhos, 4,8% recorre a amigos e 2,4% recorre a outros parentes.

A progressão da DPOC conduz a uma deterioração da condição de saúde destes indivíduos tornando-os mais dependentes das suas famílias e redes sociais de apoio (Criner e Han, 2018; Cabral e Silva, 2010). Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente, o enfermeiro, tenham a perceção da estrutura familiar e social dos indivíduos, articulando e envolvendo estas estruturas de forma a proporcionar um adequado acompanhamento da pessoa com DPOC.

O controlo da progressão da doença assenta na integração com mestria de um regime terapêutico no quotidiano do indivíduo (Padilha, 2010), sendo fundamental o abandono de hábitos nocivos e a adoção de comportamentos de saúde. No entanto, como referem Cabral e Silva (2010) no seu artigo, o cumprimento das recomendações a respeito dos hábitos de saúde e dos estilos de vida por parte dos indivíduos é menor comparativamente com as indicações de carácter clínico. Num estudo realizado por Leiva-Fernández *et al* (2014), cerca de 32,2% dos participantes com DPOC mantinham hábitos tabágicos.

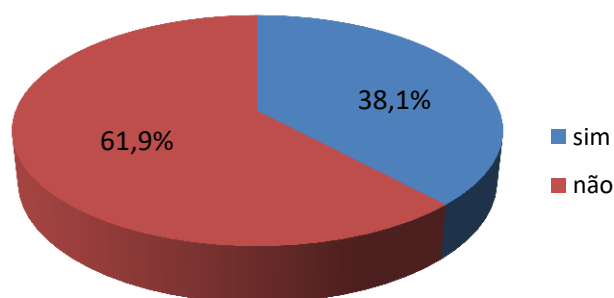
Em resposta ao abandono de comportamentos de risco por parte destes utentes, 11,9% referem manter o consumo de tabaco, 42,9% deixaram de fumar e 45,2% referem nunca ter fumado (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes consoante os hábitos tabágicos



No que respeita à prática de exercício físico, 61,9% dos indivíduos refere não fazer qualquer exercício físico e 38,1% refere praticar algum tipo de exercício físico (16 utentes), dos quais 11 utentes referem fazer caminhadas regularmente, 2 fazem ginástica geriátrica, 1 utente refere fazer ginásio, 1 utente refere fazer hidroginástica e 1 utente refere fazer levantamento de pesos (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Distribuição dos participantes de acordo com a prática de exercício físico



A baixa adesão à mudança comportamental entre os indivíduos com o diagnóstico de DPOC é, também, apontada por George (2018) que refere que menos de metade (48%) das indicações fornecidas são implementadas e que cerca

de 79% dos indivíduos com DPOC não cumpre os programas de exercício físico recomendados.

Relativamente aos dados recolhidos através da Medida de Adesão aos Tratamentos, estes foram analisados separadamente para cada questão de forma a refletir os comportamentos dos utentes na gestão da sua medicação (Tabela 1). Assim, 26,2% dos utentes referem que, por vezes, se esquecem de tomar a medicação, 2,4% referem esquecer-se quase sempre, 21,4% referem raramente se esquecer e 50% referem nunca se esquecer de tomar a sua medicação.

De facto, de acordo com Cabral e Silva (2010), o esquecimento é um dos comportamentos mais observado neste tipo de estudos, sendo referido como um dos principais motivos para a não adesão à medicação.

No que respeita ao descuido com as horas da toma da medicação, a maioria dos participantes (50%) refere que por vezes se descuida com as horas, 23,8% referem que nunca se descuidam com as horas da toma da medicação e 16,7% referem que raramente falham as horas da toma, a restante percentagem é distribuída igualmente (4,8%) entre as opções quase sempre e com frequência.

Relativamente à omissão da toma da medicação por se sentir melhor, a maioria dos utentes (73,8%) referiu nunca o ter feito, 19% refere que por vezes já deixou de tomar a medicação por se sentir melhor e apenas 2,4% refere acontecer com frequência.

Os dados relativos à omissão da toma da medicação, por sua iniciativa, por se sentir pior demonstram que a maioria dos utentes que responderam ao questionário referem que nunca o fizeram (73,8%), 19% referem que por vezes deixam de tomar a medicação, por sua iniciativa, por se sentir pior e 2,4% referem acontecer com frequência.

Relativamente à questão acerca da alteração da dose de medicação, por sua iniciativa, após se terem sentido pior 92,9% dos utentes inquiridos referem nunca o ter feito, 4,8% referem que raramente acontece e apenas 2,4% referem que por vezes alteraram a dose da medicação.

Quando questionados acerca da interrupção da terapêutica por deixar acabar os medicamentos, 76,2% dos utentes referem nunca ter acontecido e 11,9% refere que

raramente acontece. Ainda assim, é referido por 9,5% dos utentes que por vezes deixam acabar os medicamentos e, para cerca de 2,4% acontece com frequência.

Relativamente à questão acerca de deixar de tomar a medicação por outra razão que não a indicação do médico, a maioria dos participantes (90,5%) refere nunca ter acontecido.

Tabela 1 – Aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	0%	2,4%	0%	16,2%	21,4%	50%
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	0%	4,8%	4,8%	50%	16,7%	23,8%
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?	0%	0%	2,4%	19%	4,8%	73,8%
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0%	0%	2,4%	19%	4,8%	73,8%
5. Alguma vez tomou mais de um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0%	0%	0%	2,4%	4,8%	92,9%
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	0%	0%	2,4%	9,5%	11,9%	76,2%
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	2,4%	0%	0%	4,8%	2,4%	90,5%

2.5. Diagnósticos de Enfermagem

Assentando nos pressupostos do Modelo de Betty Neuman, a perceção e a reação do sistema cliente aos *stressores* (intra, inter ou extrapessoais) determina o nível de estabilidade do próprio sistema (Neuman e Fawcett, 2011). Neste sentido, o objetivo principal da ação da Enfermagem é contribuir para a estabilidade do sistema

cliente tendo, para isso, que identificar quais os problemas por forma a dirigir a sua atuação.

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados permitiu identificar vários problemas de saúde nesta população (*stressores*), nomeadamente, o desconhecimento acerca da DPOC, não sendo esta identificada como uma doença crónica respiratória bem como o desconhecimento do seu próprio diagnóstico como doentes com DPOC (apesar deste diagnóstico ter sido confirmado com a realização de espirometria), outros problemas identificados foram o não abandono de comportamentos de risco (hábitos tabágicos), a falta de exercício físico, esquecimento da toma dos medicamentos e não cumprimento dos horários da medicação. Todos os problemas de saúde mencionados, considerando o Modelo de Betty Neuman, correspondem a *stressores intrasistema*.

Neste sentido, emergem os seguintes diagnósticos de enfermagem, tendo por base a linguagem CIPE:

Código	Foco	Juízo
10011042	A - Conhecimento	Conhecimento acerca da doença baixo
10030365	B - Adesão ao regime medicamentoso	Adesão ao regime medicamentoso comprometido
10030320	C- Adesão ao regime de exercício	Adesão ao regime de exercício baixo
10019766	D-Abuso de tabaco	Abuso de tabaco presente

2.6. Definição de prioridades

A definição de prioridades corresponde à segunda etapa do Planeamento em Saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993) a definição de prioridades tem duas dimensões, uma ligada ao limite temporal e a outra aos recursos. É um processo de tomada de decisão que permite estabelecer quais os problemas “se devem tentar solucionar em primeiro lugar” (Tavares, 1990, p.83).

Para determinar os problemas prioritários foi aplicada a técnica da Grelha de Análise, em que são considerados 4 critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(s) fator (es) de risco, capacidade técnica para resolver o problema e exequibilidade do projeto ou intervenção (Tavares, 1990), atribuindo a classificação de (+) ou (-) quando comparados os vários problemas.

Os problemas identificados no diagnóstico de situação foram analisados consoante os 4 critérios identificados nesta técnica de priorização, encontrando-se a grelha de análise em Apêndice IV. O problema **A – Conhecimento acerca da doença baixo** foi considerado de grande importância, embora não seja possível quantificar pela recolha de dados, uma vez que influencia grandemente a adequada gestão da doença por parte destes utentes; foi considerada também elevada relação entre o problema e os fatores de risco, pelo mesmo motivo; considerou-se que existe capacidade técnica para o resolver, através de educação para a saúde, sendo o projeto exequível. O problema **B – Adesão ao regime medicamentoso comprometido**, foi identificado como de elevada importância uma vez que 26,2% dos participantes refere **por vezes** deixar de tomar medicação e 50% dos participantes refere **por vezes** falhar as horas da toma da medicação, no entanto, considerou-se menor relação entre o problema e os fatores de risco bem como menor capacidade técnica para o resolver comparativamente com outros problemas identificados, uma vez que a atuação de enfermagem teria que ser realizada a nível individual, considerando as características de cada utente, ainda assim, considerou-se ser um projeto exequível. O problema **C – Adesão ao regime de exercício baixo** foi considerado como de menor importância comparativamente com os outros problemas identificados, embora a percentagem de participantes no estudo que refere não fazer qualquer tipo de exercício físico ser de 61,9%, assim como a relação entre o problema e os fatores de risco e a capacidade técnica para o resolver, uma vez que para além da desmotivação destes utentes para o exercício físico alia-se o facto de terem mobilidade reduzida, ainda assim, foi considerado um projeto exequível no sentido de se poder adaptar tipos de exercícios às limitações de cada pessoa. O problema **D - Abuso de tabaco presente** foi identificado como de elevada importância, uma vez que representa um dos principais fatores de risco na DPOC e 11,9% dos participantes mantém hábitos tabágicos regulares; sendo também elevada relação entre o problema e o factor de risco; considerou-se existir maior dificuldade na capacidade técnica para o resolver, pois depende da motivação

de cada indivíduo para o abandono do uso de tabaco ainda assim, considerou-se que será um projeto exequível, indo de encontro aos objetivos da estratégia de contratualização do ACES para este ano e promovendo a melhoria de acessibilidade aos cuidados de saúde da população.

Desta forma, os problemas identificados como prioritários foram o Défice de conhecimento sobre a doença e o Comportamento de procura de saúde comprometido (hábitos tabágicos).

3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos corresponde à terceira etapa do Planeamento em Saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993) esta etapa é fundamental uma vez que “apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 77), sendo um *objetivo* considerado o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência natural desse problema (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 79).

Desta forma, definiu-se como objetivo geral:

- Capacitar os participantes para uma gestão adequada da DPOC

Foram definidos como objetivos específicos:

- Contribuir para que os participantes da amostra identifiquem a DPOC como uma patologia respiratória
- Facilitar a compreensão da importância do abandono de comportamentos de risco
- Contribuir para uma adequada gestão do regime medicamentoso
- Melhorar a acessibilidade dos indivíduos aos cuidados de saúde

As metas ou objetivos operacionais são definidas por Imperatori e Giraldes (1993, p.80) como o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde”, traduzindo-se em indicadores de resultado. Neste sentido, as metas determinadas para esta intervenção comunitária foram:

- 50% de presença dos participantes da amostra contactados para a sessão de educação para a saúde, em dezembro de 2019
- 100% dos participantes presentes na sessão de educação para a saúde, em dezembro de 2019, identificam a DPOC como uma doença respiratória crónica

- 100% dos participantes presentes na sessão de educação para a saúde, em dezembro de 2019, reconhecem a cessação tabágica como um fator determinante na manutenção da qualidade de vida
- 100% dos participantes presentes na sessão de educação para a saúde, em dezembro de 2019, reconhecem o exercício físico como um fator que contribui para a manutenção da qualidade de vida

Com os indicadores de resultado pretende-se “medir a alteração verificada num problema de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.77). Esta intervenção comunitária visa a mudança comportamental que será monitorizada mediante a presença destes utentes em dois tipos de consulta de enfermagem - consulta de enfermagem à Pessoa com DPOC e consulta de enfermagem de Cessação Tabágica – não sendo possível fazer a avaliação do impacto desta intervenção a curto prazo (até fevereiro de 2020). Assim, uma vez que esta intervenção comunitária terá continuidade na USF, a sua avaliação e consolidação ocorrerão em 2021, sendo sugeridos como **indicadores de resultado**:

- Taxa de presença de utentes em consulta de enfermagem à Pessoa com DPOC (anualmente)
- Taxa de presença de utentes em consulta de enfermagem de Cessação Tabágica (anualmente)
- Taxa de abandono de hábitos tabágicos (anualmente)

De forma a avaliar a consecução dos objetivos operacionais, foram definidos como **indicadores de resultado** da intervenção até fevereiro de 2020:

- $\text{N}^\circ \text{ de presenças nas sessões de educação para a saúde} / \text{N}^\circ \text{ de participantes contactados} \times 100\%$
- $\text{N}^\circ \text{ participantes que identificam a DPOC como uma doença respiratória crónica} / \text{N}^\circ \text{ participantes na sessão de educação para a saúde} \times 100\%$
- $\text{N}^\circ \text{ de participantes que reconhecem a cessação tabágica como um fator determinante na manutenção da qualidade de vida} / \text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão de educação para a saúde} \times 100\%$
- $\text{N}^\circ \text{ de participantes que reconhecem o exercício físico como um fator que contribui para a manutenção da qualidade de vida} / \text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão de educação para a saúde} \times 100\%$

4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias é uma etapa fundamental do planejamento em saúde uma vez que permite “conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 87).

Considerando o Modelo de Betty Neuman, esta intervenção comunitária tem como finalidade fortalecer o sistema cliente, nomeadamente, reforçando tanto a linha de defesa como as linhas de resistência do sistema agregado. À luz deste modelo teórico adaptado à enfermagem comunitária, “a intervenção em saúde nas comunidades deve orientar-se, cada vez mais, para capacitar as populações a lidar com as fontes de stress” (Jeremias e Rodrigues, 2011) e, numa perspectiva de reduzir a tensão dos *stressores* intra-sistema identificados, reforçando as linhas de resistência definiu-se como estratégias a realização de uma sessão de educação para a saúde com os participantes da amostra, bem como intervenções individuais em momentos de consulta. A capacitação da população passa por “ajudar as pessoas a desenvolverem as suas competências pessoais e sociais” (Carvalho e Carvalho, 2006, p. 33) necessárias à escolha dos comportamentos de saúde sendo, para isso, necessário elevar o seu nível de literacia.

A educação para a saúde “visa informar as pessoas, no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas” (Laverack, 2008, p.12) contribuindo, assim, para a promoção da saúde de indivíduos e comunidade. É considerado um processo holístico uma vez que pressupõe uma “abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interação com o meio envolvente” (Carvalho e Carvalho, 2006, p. 17).

Com o intuito de reforçar a Linha Flexível de Defesa do sistema, melhorando a acessibilidade aos cuidados de saúde da população, e considerando como *stressores* extra-sistema a inexistência de uma consulta de enfermagem à Pessoa com DPOC e a inexistência de uma consulta de enfermagem de Cessação Tabágica, definiu-se como estratégia a implementação na USF destas duas consultas.

O Ministério da Saúde (1999, citado por Ordem dos Enfermeiros, 2012a, p.1) define a Consulta de Enfermagem como “uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem”.

Desta forma, com a implementação destas consultas pretende-se, por um lado, intervir nesta população, reduzindo os comportamentos de risco e promovendo comportamentos de saúde de forma a controlar a sua doença crónica (no caso da consulta à Pessoa com DPOC), contribuindo para que estes indivíduos recuperarem e melhorarem a sua qualidade de vida e, por outro, contribuir para a promoção de estilos de vida saudável na comunidade.

A relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e a população é determinante, nomeadamente no que concerne à transmissão de informação no sentido de ser entendida e seguida corretamente pelos utentes. Dias *et al* (2011) referem que a relação entre profissional e utente apresenta dois níveis de saber, ou seja, existem crenças leigas e crenças profissionais que interagem numa “díade” e em que o processo de comunicação influencia a adesão, as expectativas e as decisões do próprio utente.

5. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Após a realização das etapas anteriores, torna-se necessário fazer o planeamento da execução do projeto, bem como a descrição das suas atividades. Neste sentido, há que especificar “quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregado de as administrar ou executar” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 149).

Assim, a primeira sessão de educação para a saúde foi realizada com um grupo de participantes que, durante a aplicação dos questionários, mostrou interesse em aprofundar o seu conhecimento acerca da DPOC e facultaram o seu contacto telefónico. Embora tenha sido feita intervenção individual aquando da exposição de questões por parte destes utentes no momento da aplicação dos questionários, a participação nestas sessões permitiu contactar com outros utentes e apreender competências na gestão da DPOC (Plano da sessão de EpS e diapositivos em Apêndice V). Procurou-se estimular a interação entre os participantes na sessão, existindo partilha de experiências, clarificação de conceitos e esclarecimento de dúvidas.

De acordo com Carvalho e Carvalho (2006) “educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas” (Carvalho e Carvalho, 2006, p.23). Assim, com a sessão de educação para a saúde pretendeu-se fornecer informação e esclarecer dúvidas, facilitando os indivíduos na aquisição de competências para a gestão da sua doença crónica, procurando diminuir a influência dos *stressores* e restabelecer o equilíbrio do sistema. De igual forma, foi uma oportunidade de identificar outros problemas, ou *stressores*, nesta população.

De acordo com Baptista (2018), o importante na educação direccionada para a população sénior são os saberes práticos que conduzem à reflexão. É uma educação “transformadora e reflexiva, capaz de fornecer a oportunidade para que o sénior escolha e tome decisões” (Rocha 2013, citado por Baptista, 2018, p. 19). É um processo em que se relacionam experiências, crenças e valores e em que a sua valorização poderá resultar num maior envolvimento nas novas aprendizagens e,

consequentemente, aquisição de novas competências e capacitação desta população (Baptista, 2018).

A capacitação dos indivíduos e a mudança comportamental implicam, necessariamente, o seu acompanhamento periódico por parte dos profissionais de saúde.

No que respeita à implementação da consulta de enfermagem à Pessoa com DPOC, a sua periodicidade será determinada pelo enfermeiro de família em função das necessidades/ problemas identificados do indivíduo sendo, segundo as diretrizes da DGS, realizada pelo menos uma consulta anualmente, encontrando-se a norma e respetivo guia orientador em Apêndice VI. Este guia foi construído seguindo os princípios dos registos de Enfermagem na plataforma informática SClínico e utilizando a linguagem CIPE.

Da mesma forma, a implementação de uma consulta de enfermagem de Cessação Tabágica (enfermagem e médica) terá como objetivo reforçar a Linha Flexível de Defesa do sistema agregado, sendo alargada a toda a população, numa perspectiva de prevenção primária, uma vez que se procura remover a “exposição de um indivíduo ou população a um fator de risco antes que se desenvolva um mecanismo patológico” (Almeida, 2005, p. 92). O guia orientador construído para a implementação desta consulta na USF encontra-se em Apêndice VII.

A mudança comportamental é um processo complexo que difere de indivíduo para indivíduo. Para facilitar este processo e adequar a intervenção a cada indivíduo, o profissional de saúde deverá conhecer o posicionamento deste indivíduo nos diferentes estágios do Modelo Transteórico da mudança comportamental (Santos, 2006). São descritos 5 estágios, pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção sendo que, em cada um difere a atuação do profissional de saúde.

6. AVALIAÇÃO

A avaliação corresponde à última etapa do planeamento em saúde, avaliar implica uma “comparação com as execuções esperadas” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.173), com o intuito de aplicar medidas corretivas, numa perspectiva de melhoria contínua.

Esta comparação é possível através do cálculo dos indicadores definidos nas etapas anteriores, permitindo “conhecer a realidade e medir os avanços alcançados” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.178).

De notar que a avaliação desta intervenção comunitária, uma vez que implica a mudança comportamental, será realizada em 2021, um ano após a implementação das consultas de enfermagem à Pessoa com DPOC e de Cessação Tabágica.

Relativamente às atividades programadas, nomeadamente a realização de uma sessão de EpS, construção de um guia orientador para a consulta de enfermagem à Pessoa com DPOC e construção de um guia orientador para a consulta de enfermagem de Cessação Tabágica, estas foram realizadas no período definido apresentando, por isso, uma taxa de execução de 100%. Apresentam-se em Apêndice VIII os resultados da avaliação dos indicadores definidos anteriormente.

No que respeita à **taxa de presença na sessão de EpS**, foi superado o número de participantes uma vez que se esperava uma participação de pelo menos 50% de pessoas contactadas, sendo a adesão à sessão de EpS de 80%.

A consulta de enfermagem à Pessoa com DPOC encontra-se integrada no Plano de Ação da USF para 2020 pela Direção de Enfermagem do ACES.

A implementação na USF da consulta de enfermagem de Cessação Tabágica está dependente da finalização da formação da enfermeira responsável por esta consulta.

7. QUESTÕES ÉTICAS

A maioria das áreas de investigação abrange aspectos que dizem respeito ao comportamento humano (Fortin, 2009). Assim, independente dos factos que se pretende estudar, a investigação deverá ter por base os princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência.

Neste sentido, para a realização deste estudo foi feito pedido de autorização ao senhor Diretor do ACES (Anexo I) bem como ao senhor Coordenador da USF (Anexo II), sendo ambos os pedidos autorizados.

Foi, igualmente, pedido parecer acerca do projeto de intervenção comunitária ao Núcleo de Formação e Investigação do ACES, tendo este sido positivo (Anexo III), bem como à Comissão de Ética para a Saúde da ARS LVT que emitiu um parecer Favorável (Anexo IV).

Previamente à aplicação do questionário foi feito pedido de autorização para utilização da Medida de Adesão aos Tratamentos aos autores, sendo o seu parecer positivo (Anexo V). Da mesma forma, para utilização do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde foi feito o pedido ao autor, tendo este dado parecer positivo (Anexo VI)

“O respeito das pessoas e da escolha esclarecida assenta no princípio segundo o qual toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria” (Fortin, 2009, p.186). O consentimento informado significa que foi fornecida toda a informação essencial e que o indivíduo conhece bem o conteúdo e compreendeu aquilo em que se envolve. Assim, para a realização dos questionários serão apenas incluídos os participantes que assinarem o consentimento informado (Apêndice IX) sendo, para isso, esclarecidos do âmbito do estudo bem como da salvaguarda da sua confidencialidade.

CONCLUSÃO

Com o paradigma atual, a Enfermagem Comunitária assume um papel de relevo na saúde das populações. Cada vez mais o binómio saúde-doença é influenciado pelo ambiente em que vivemos, pela sociedade em que nos inserimos e pelos comportamentos que assumimos.

Neste sentido, destaca-se o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária que, por meio de formação específica, adquiriu competências que lhe permitem intervir no processo de saúde das populações, nomeadamente, na capacitação de indivíduos e comunidade, tornando os indivíduos mais aptos para controlar a sua saúde, seja ao nível da manutenção de uma vida saudável ou na gestão na doença crónica.

Sendo a DPOC uma doença crónica, progressiva e incapacitante, o contributo que a intervenção da Enfermagem Comunitária oferece é fundamental para a manutenção da qualidade de vida desta população, uma vez que o tratamento e gestão desta doença decorrem da vontade e da capacitação dos indivíduos. Aqui, a educação para a saúde assume particular importância como meio facilitador para o desenvolvimento da capacidade para lidar com a evolução da doença.

A gestão da DPOC implica, necessariamente, uma adequada adesão terapêutica, na qual se incluem a adesão à medicação, o abandono de comportamentos de risco e a prática de exercício físico. Existem vários fatores que contribuem para uma baixa adesão terapêutica por parte dos indivíduos, que devem ser identificados e para os quais deverão ser delineadas estratégias de intervenção.

A atuação da Enfermagem é determinante no acompanhamento destes indivíduos, avaliando e discutindo as suas expectativas, preocupações, crenças e experiências, sendo fundamental que se crie uma relação de confiança entre enfermeiro e utente. O enfermeiro deve ter consciência que, nesta relação, existem dois níveis de conhecimento, leigo e profissional, que se influenciam mutuamente e em que a comunicação é o meio facilitador de todo o processo. A relação de confiança e empatia que o enfermeiro estabelece contribui para a aceitação de

sugestões relativas ao tratamento e mudança comportamental por parte dos indivíduos.

Esta intervenção comunitária teve por objetivo contribuir para a capacitação de indivíduos com DPOC na gestão da sua doença crónica permitindo, de certa forma, a diminuição de exacerbações, diminuição de hospitalizações, manutenção da qualidade de vida dos indivíduos e diminuição do stress, ansiedade e depressão frequentemente associadas a esta doença. Tendo como foco a população, à Enfermagem Comunitária cabe identificar os problemas de grupos e comunidade e definir estratégias de atuação com vista à minimização desses problemas, numa perspetiva de contribuir para os ganhos em saúde da população.

A consulta de Enfermagem constitui um momento de excelência para estabelecer uma relação de confiança com a população, para identificar problemas/necessidades, delinear estratégias de intervenção, motivar os indivíduos para a mudança comportamental e acompanhá-los nesta mudança.

Esta intervenção comunitária contribuiu para a consolidação de conhecimentos e competências adquiridas ao longo das unidades curriculares, permitindo o desenvolvimento das competências específicas enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente, a aplicação prática da metodologia do Planeamento em Saúde. Para além destas, permitiu consolidar outras competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados.

Identificam-se algumas limitações neste trabalho, nomeadamente, no que respeita à identificação de comorbilidades dos participantes da amostra podendo, eventualmente, estabelecer-se a relação entre a presença de determinadas comorbilidades e o nível de adesão terapêutica e comportamentos de risco.

Considera-se que este trabalho trouxe alguns contributos para a prática clínica, nomeadamente, a necessidade de intervir de forma contínua na doença crónica, acompanhando periodicamente esta população, educando, motivando e esclarecendo. Intervir em grupos e contribuir para a mudança comportamental individual tem, de facto, repercussões na saúde das populações, com consequente melhoria na sua qualidade de vida. Existem vários fatores que influenciam a adesão terapêutica e torna-se evidente a necessidade dos enfermeiros estarem despertos

para este fenómeno e, em conjunto com os utentes, encontrarem estratégias para melhorar a adesão.

Os contributos para a formação incidem, essencialmente, na sensibilização dos profissionais de saúde, nomeadamente, da Enfermagem, para a problemática da adesão terapêutica, bem como para a necessidade de formação específica, capacitando os enfermeiros para um adequado acompanhamento dos indivíduos na mudança comportamental, sendo este um processo longo e complexo.

Realça-se a importância do contributo da Enfermagem para a investigação, nomeadamente, ao nível dos comportamentos dos indivíduos e sua influência no processo de saúde das populações. A adesão terapêutica é uma problemática atual que contribui não só para a qualidade de vida dos indivíduos mas determina, igualmente, a capacidade de resposta dos sistemas de saúde sendo, desta forma, uma temática que deverá continuar a ser explorada.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, L.M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), Janeiro/Junho.

Baptista, S. (2018). Gerontologia Educativa: a educação como mecanismo capaz de conceber *empowerment* à pessoa idosa. (Tipo de trabalho: Tese de Mestrado em Gerontologia Social), Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23227/1/Simone%20Nogueira%20Baptista.pdf>

Baker, E., Fatoye, F. (2017) Clinical and cost effectiveness of nurse-led self management interventions for patients with COPD in primary care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 71, pp 125- 138.

Bugalho, A.; Carneiro, A.V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

Cabral, M., Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: ICS. Imprensa de Ciências Sociais.

Carmo, H., Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-aprendizagem* (2ª edição). Lisboa : Universidade Aberta.

Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência.

Cox, K., Mcleod, S.C., Sim, C.J., Jones, A.W., Trueman, J. (2017). Avoiding Hospital admission in COPD. *British Journal of Nursing*: 26 (3), January.

Criner, R.N., Han, M.K. (2018). COPD Care in the 21st Century: A Public Health Priority. *Respiratory Care*, 63 (5). May.

- Chung, L. P., Lake, F., Hyde, E. , McCamley, C., Phuangmalai, N., Lim, M. , Waterer, G., Summers, Q., Moodley, Y. (2015) Integrated multidisciplinary community service for chronic obstructive pulmonary disease reduces hospitalizations. *Internal Medicine Journal*. doi:10.1111/imj.12984
- Delgado, A. B., Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*: 2 (2), p 81-100.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*, 40, p 201-219.
- Direção-Geral da Saúde, Norma 005/2019. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Disponível em: <https://normas.dgs.minsaude.pt/2019/08/26/diagnostico-e-tratamento-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-no-adulto/>
- Dury, R. (2016). COPD and emotional distress: not always noticed and therefore untreated. *British Journal of Community Nursing*, 21 (3), March.
- Figueiredo, J.P. (2015). Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida. Indicadores de risco epidemiológico, avaliação de estados de saúde e doença. (Tipo de trabalho: Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, ramo Ciências Biomédicas), Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/29621>
- Fortin, M.F. (2009) *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (s.l.) : Lusodidacta.
- Forum of International Respiratory Societies (2017). *The Global Impact of Respiratory Disease* (second edition). Sheffield: European Respiratory Society.
- Gardener, A.C., Ewing, G., Kuhn, I., Farquhar, M. (2018). Support needs of patients with COPD: a systematic literature search and narrative review. *International Journal of COPD*, 13, pp 1021-1035.

- George, M. (2018) Adherence in Asthma and COPD: New Strategies for an Old Problem. *Respiratory Care*, 63 (6), June.
- Gillett, K., Lippiett, K, Astles, C., Longstaff, J., Orlando, R., Lin, S. X., Powell, A., Roberts, C., Chauhan, A.J., Thomas, M., Wilkinson, T.M. (2016) Managing complex respiratory patients in the community: an evaluation of a pilot integrated respiratory care service. *BMJ Open Respiratory Research*, n.º 3. doi:10.1136/bmjresp-2016-000145
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). *Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention – a guide for healthcare professionals*. Disponível em <https://goldcopd.org/>
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Higginson, R., Parry, A. (2018). Managing chronic obstructive pulmonary disease in the community setting. *British Journal of Community Nursing*, 23 (1), January.
- Hillebrecht, Vlonk, Bruijnzeels, van Schayck e Chavannes (2017). Barriers and facilitators influencing self-management among COPD patients: a mixed methods exploration in primary and affiliated specialist care. *International Journal of COPD*, 12, December, p 123-133.
- Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros (2008). Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento. *Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: ICN.

Jeremias, C. R. e Rodrigues, F. M. (2011). O cuidar de enfermagem ao sistema cliente comunidade. *Nursing*, Março. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossiertechnico/revistas/nursing/item/3581-o-cuidar-de-enfermagem-ao-sistema-cliente-comunidade#.XTbQCo5KiM9>

Kelley, W.N. (ed) (1999). *Tratado de Medicina Interna* (3ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lareau, S.C., Yawn, B.P. (2010) Improving adherence with inhaler therapy in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 23, November.

Lemmens, K.M.M., Nieboer, A.P., Rutten-Van Mölken, M., van Schayck, C.P., Asin, J.D., Dirven, J.A.M., Huijsman, R. (2010). Application of a theoretical model to evaluate COPD disease management. *BMC Health Services Research*, 10 (81).

Leiva-Fernández, J., García-Ruiz, A., Prados-Torres, D., Leiva-Fernández, F., Barnestein-Fonseca, P. (2014). Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. *BMC Pulmonary Medicine*, 14. doi:10.1186/1471-2466-14-70.

Loureiro, I., Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.

Lundell, S., Tistad, M., Rehn, B., Wiklund, M., Holmner, A., Wadell, K. (2017). Building COPD care on shaky ground: a mixed methods study from Swedish primary care professional perspective. *BMC Health Services Research*, 17 (467).

Luhr, K., Holmefur, M., Theander, K., Eldh, A. C. (2018). Patient participation during and after a self-management programme in primary healthcare – The experience of patients with chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *Patient Education Counseling*, 101, p 1137-1142. doi:https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.020

Matos, M.G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise psicológica*, 3 (XXII): 449-462.

National Institute for Health and Care Excellence (2018). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115> consultado a 29/04/2019

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017. State of Health in the EU*. OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Padilha, J. M. S. (2010). Influência da percepção da doença pilmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol XVI (4).

Pickstock, S. (2015). Managing and preventing acute exacerbations of COPD in the community. *Journal of Community Nursing*, 15 (3).

Portugal Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção- Geral da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional das Doenças Respiratórias 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Punekar, Y.S., Landis, S.H., Wurst, K., Le, H. (2015) Characteristics, disease burden and costs of COPD patients in the two years following initiation of long-acting bronchodilators in UK primary care. *Respiratory Research*, 16. DOI 10.1186/s12931-015-0295-2

Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários – conceitos e aplicação* (3ª edição). Lusociência.

Robinson, K., Lucas, E., van den Dolder, P., Halcomb, E. (2017). Living with chronic obstructive pulmonary disease: The stories of frequent attenders to the Emergency Department. *Journal of Clinical Nursing*: 27, pp 48 56. Doi:10.1111/jocn.13842.

Sousa, E. (2006). *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde* (Tipo de trabalho: Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais), Universidade Aberta. Disponível em: https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/4_JFS.pdf/feabf579-2e11-415a-8730-68b6c83046e2

Sousa, E. (2012). *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal: da satisfação das necessidades de imigração à adopção de comportamentos saudáveis*. (Tipo de trabalho: Tese de Doutoramento em Psicologia na especialidade de Psicologia Intercultural), Universidade Aberta. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/2094>

Vetrano, D. L., Bianchini, E., Onder, G., Cricelli, L., Cricelli, C., Bernabei, R., Bettoncelli, G., Lapi, F. (2017) Poor adherence to chronic obstructive pulmonary disease medications in primary care: Role of age, disease burden and polypharmacy. *Geriatrics & Gerontology International*, n.º 17, pp 2500–2506.

World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York. July. Acedido em 04/05/2020 Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

World Health Organization (2011). Declaração Política do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Rio de Janeiro.

World Health Organization (2013). *Health Impact Assessment. The determinants of Health*. Geneva. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/hia/evidence/hon/en/> acedido a 30/06/2019.

World Health Organization (s.d). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Disponível em: <https://www.who.int/respiratory/copd/en/> acedido a 29/03/2019

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx> consultado a 17/05/2019

<https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

consultado a 05/10/2019

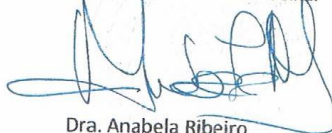
Anexo I – Parecer do Senhor Diretor do ACES AS

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o ACES Almada Seixal concorda e tem condições logísticas e humanas para a realização do projeto de investigação com o título “Intervenções de Enfermagem na promoção da adesão terapêutica na pessoa com DPOC no contexto dos Cuidados de Saúde Primários”, levado a cabo pela titular Tânia Cristina Ramos Mendes.

Amora, 31 de maio de 2019

A Presidente do Conselho Clínico do Agrupamento
de Centros de Saúde Almada Seixal



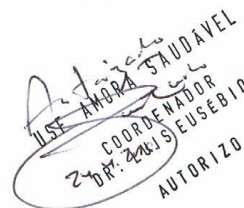
Dra. Anabela Ribeiro

MCP/MCP

Anexo II – Parecer do Senhor Coordenador da USF AS

Exmº Srº Coordenador da USF Amora Saudável

Dr Luis Eusébio


USF AMORA SAUDÁVEL
COORDENADOR
DR. LUIS EUSEBIO
AUTORIZO

Tânia Cristina Ramos Mendes, Enfermeira, no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem solicitar a V. Exª autorização para desenvolver na Unidade de Saúde Familiar Amora Saudável o diagnóstico de situação sobre a adesão terapêutica em utentes com DPOC, com o intuito de desenvolver um Projeto de intervenção neste grupo de utentes. Para o efeito foi desenhado um estudo, no qual a colheita de dados será efetuada através da aplicação da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos e, posteriormente, será realizada uma intervenção comunitária mediante os resultados obtidos com a aplicação dessa escala. Cada participante assinará uma declaração de consentimento informado. Será salvaguardada a confidencialidade e anonimato dos participantes que se disponibilizem a participar. Junto em anexo o consentimento informado e a escala a ser utilizada.

Agradeço desde já a atenção disponibilizada

Com os melhores cumprimentos

Amora, 24 de Abril de 2019

Tânia Cristina Ramos Mendes

taniamendes@campus.esel.pt – 965745381

Anexo III – Parecer do Núcleo de Formação e Investigação do ACES AS



TÂNIA CRISTINA RAMOS MENDES <taniamendes@campus.esel.pt>

RE: Projeto de Intervenção Comunitária - Intervenções de Enfermagem na promoção da Adesão Terapêutica na pessoa com DPOC em contexto de CSP

Amélia Silva | Núcleo de Formação e Investigação <amelia.silva@arslvt.min-saude.pt> 24 de maio de 2019 às 13:23
Para: "Anabela Ribeiro | Pres. CCS Almada-Seixal" <anabela.ribeiro@arslvt.min-saude.pt>
Cc: TÂNIA CRISTINA RAMOS MENDES <taniamendes@campus.esel.pt>

Dra. Anabela Ribeiro

Informamos que após a apreciação do Projecto de Intervenção da responsabilidade da Mestranda Tânia Cristina Ramos Mendes, a estagiar na USF Amora Saudável, o mesmo cumpre os requisitos para ser submetido à Comissão de Ética da ARSLVT.

Solicitamos, que seja emitida, de acordo com o anexo 3 - Submissão de processos, ponto 8, a:

- Declaração do Director de Serviço/Director Executivo do ACES sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Solicita-se ainda, que a mesma seja enviada por mail, para: Tânia Mendes - taniamendes@campus.esel.pt

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Amélia Silva

Enf. Chefe, Esp. SIP

Responsável do Núcleo de Formação e Investigação

ACES Almada Seixal

**NÚCLEO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO**

Email: amelia.silva@arslvt.min-saude.pt

Telefone: +351212274812 - TM: +351932827324

Morada: Largo da Mundet - Bairro Novo, 2º Piso, 2840-441 Seixal

**PENSE ANTES DE IMPRIMIR****De: TÂNIA CRISTINA RAMOS MENDES>****Enviado: 21 de maio de 2019 13:36****Para: Amélia Silva | Núcleo de Formação e Investigação****Assunto: Apreciação de projeto de intervenção comunitária pelo NFI**

Boa tarde

Chamo-me Tânia Cristina Ramos Mendes, sou enfermeira e mestranda no Curso de Especialidade em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), onde estou a desenvolver um projeto com o tema "Intervenções de Enfermagem na promoção da adesão terapêutica na pessoa com DPOC no contexto dos Cuidados de Saúde Primários". Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito académico do estágio na Unidade de Saúde Familiar Amora Saudável, sob orientação clínica da Sra Enfermeira Manuela Leal e orientação pedagógica do professor Edmundo Sousa, docente da ESEL.

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS LVT

Exma. Senhora

Dr.ª Tânia Mendes

taniamendes@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

8375/CES/2019

Assunto: Intervenções de Enfermagem na promoção da adesão terapêutica na pessoa com DPOC no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 20.09.2019, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Anexo V – Parecer dos autores para utilização da MAT



TÂNIA CRISTINA RAMOS MENDES <taniamendes@campus.esel.pt>

Autorização para utilização da MAT

Maria Luísa Lima <luisa.lima@isc-te-iul.pt>

8 de abril de 2019 às 16:55

Para: TÂNIA CRISTINA RAMOS MENDES <taniamendes@campus.esel.pt>

Cara Enfermeira Tânia Mendes,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente em publicações futuras desta investigação:

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

De: TÂNIA CRISTINA RAMOS MENDES <taniamendes@campus.esel.pt>

Enviado: 8 de abril de 2019 15:50:54

Para: Maria Luísa Lima

Assunto: Autorização para utilização da MAT

[Citação ocultada]

**Anexo VI – Parecer do autor do Questionário de Atitudes e Comportamentos de
Saúde**



TÂNIA CRISTINA RAMOS MENDES <taniamendes@campus.esel.pt>

Solicitação de autorização para utilização do instrumento QACS

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

15 de janeiro de 2020 às 09:08

Para: TÂNIA CRISTINA RAMOS MENDES <taniamendes@campus.esel.pt>

Cara colega

Autorizo o uso do questionário de avaliação das intenções comportamentais que desenvolvemos para uso com a população portuguesa

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Publons- <https://publons.com/researcher/1653344/jose-luis-pais-ribeiro/>

De: TÂNIA CRISTINA RAMOS MENDES [taniamendes@campus.esel.pt]

Enviado: terça-feira, 14 de Janeiro de 2020 17:03

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Solicitação de autorização para utilização do instrumento QACS

[Citação ocultada]

Apêndice I - Questionário sócio-demográfico e Medida de Adesão aos Tratamentos
(MAT)

(_/_/_/_)

Questionário “Adesão Terapêutica na Comunidade”

DATA ____/____/2019

Este questionário faz parte de um projeto subordinado ao tema “Análise da adesão terapêutica em indivíduos com DPOC na comunidade”. A sua concretização será possível graças à sua colaboração no preenchimento do mesmo de forma espontânea, depois de o ler atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial. Nas afirmações onde existe uma quadrícula (☐) , deve assinalar com uma cruz a alínea que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco, deve responder de forma clara e legível. Para que o questionário seja válido, pedimos por favor que não deixe nenhuma questão por responder. Agradeço a sua colaboração.

Parte A – Caracterização sociodemográfica

A1. Sexo

1. ☐ Masculino
2. ☐ Feminino

A2. Idade ____ anos

A3. Escolaridade

1. ☐ 1º Ciclo (1º, 2º 3º e 4º ano)
2. ☐ 2º Ciclo (5º e 6º ano)
3. ☐ 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)
4. ☐ Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)
5. ☐ Ensino superior

A4. Actividade profissional

1. ☐ Trabalhador activo
2. ☐ Reformado
3. ☐ Desempregado
4. ☐ Doméstico

A5. Há quantos anos foi diagnosticada a doença_____

A6. Com quem vive

1. ☐ Sozinho(a)
2. ☐ Com cônjuge/ companheiro(a)
3. ☐ Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos (as)
4. ☐ Com filhos (as)
5. ☐ Com outros familiares
6. ☐ Com amigos (as)

A7. Hábitos tabágicos:

1. ☐ Fumador
2. ☐ Ex-fumador
3. ☐ Nunca fumou

A8. Pratica exercício físico?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

A9. Caso viva sozinho e necessite de ajuda, a quem recorre:

1. ☐ Filhos
 2. ☐ Vizinhos
 3. ☐ Amigos
 4. ☐ Parentes
 5. ☐ Instituição de apoio
 6. ☐ Ninguém
- 6.a. ☐ por opção
- 6.b. ☐ porque não tem apoio

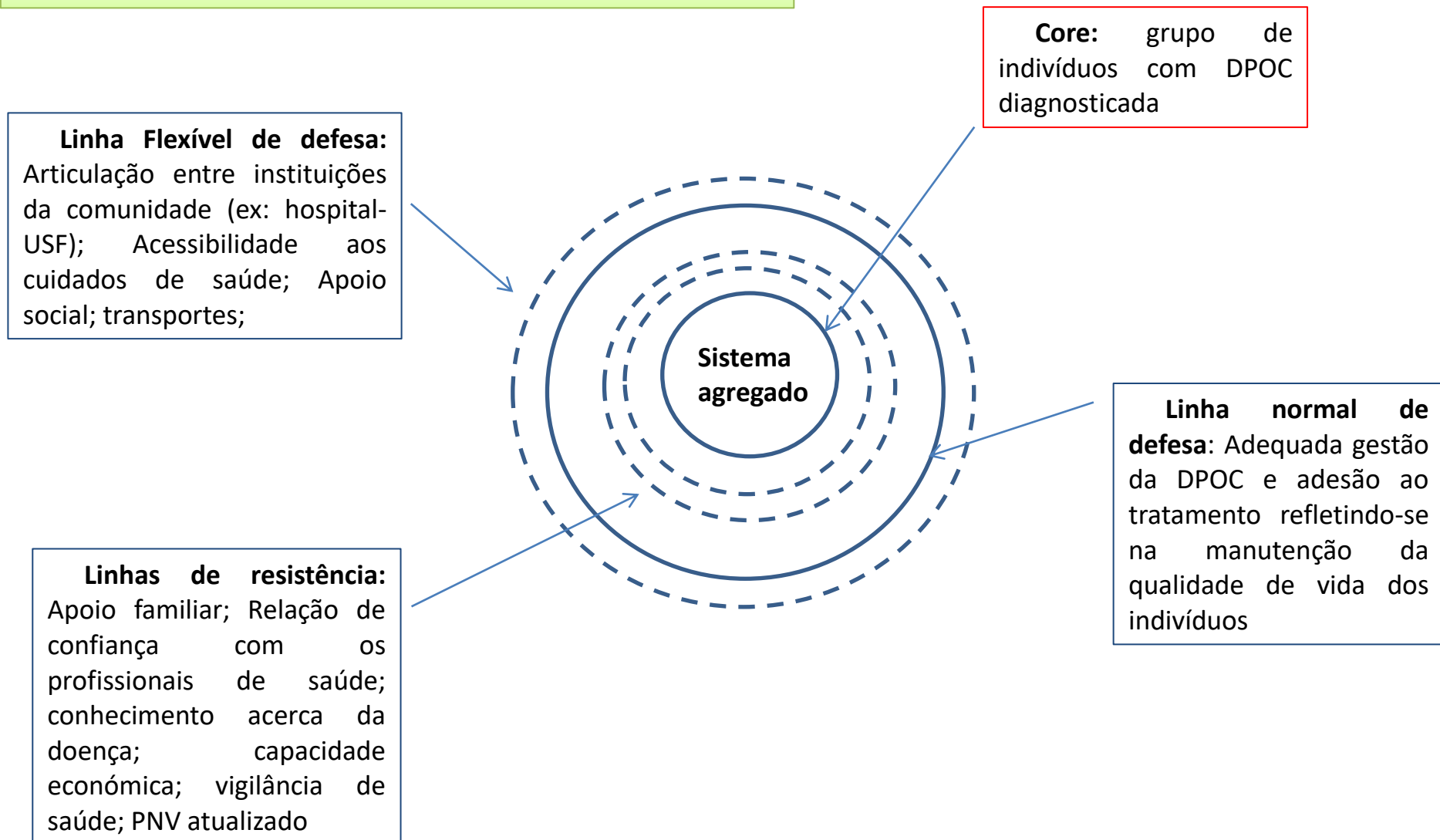
PARTE B – MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	1	2	3	4	5	6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	1	2	3	4	5	6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?	1	2	3	4	5	6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6
5. Alguma vez tomou mais de um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	1	2	3	4	5	6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1	2	3	4	5	6

Delgado, A. B., Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (2) vol 2, p 81-100.

Apêndice II – Diagrama do Modelo de Sistemas de Betty Neuman adaptado à
intervenção comunitária na USF AS

Adaptação do Modelo de Betty Neuman



(Neuman & Fawcett, 2011)

Apêndice III – Revisão *Scoping* e Diagrama PRISMA

PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

Objetivo

O objetivo deste protocolo de revisão *scoping* é identificar o nível de adesão terapêutica em doentes com DPOC, na comunidade.

Participantes

Este protocolo de revisão *scoping* irá considerar estudos em que os participantes sejam adultos ou idosos (idade igual ou superior a 18 anos). Deste modo, excluir-se-ão estudos em que os participantes sejam crianças ou adolescentes (idade inferior a 18 anos). Serão incluídos estudos em que os participantes tenham o diagnóstico de DPOC.

Conceitos

Este protocolo de revisão *scoping* incluirá estudos que contemplem a adesão terapêutica (medication adherence, medication compliance, medication nonadherence) bem como estudos relacionados com gestão da doença (self management, disease management) uma vez que a adesão terapêutica está incluída no processo de gestão da doença.

Contexto

Neste protocolo de revisão *scoping* serão incluídos estudos relativos à gestão da DPOC no contexto dos cuidados de saúde primários, comunidade ou domicílio.

Questão

Este protocolo de revisão scoping pretende responder à questão:

- Qual o nível de adesão terapêutica em doentes com DPOC na comunidade?

Tipos de fontes de informação

Este protocolo de revisão scoping irá considerar tanto estudos quantitativos ou estudos qualitativos, de qualquer desenho ou metodologia; e revisões sistemáticas da literatura.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi realizada em três fases. Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa através das palavras-chave, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, individualmente. As palavras chave iniciais utilizadas na pesquisa foram: “COPD”, “medication adherence”, “self management”, “disease management”, “community”, “primary care”. Numa segunda fase, foram pesquisados os termos indexados e selecionados aqueles que considere pertinentes para o presente protocolo; e os termos indexados de uma base de dados foram pesquisados como termo natural na outra base de dados. Numa terceira fase foram analisados os títulos e resumos dos artigos para identificar se, numa primeira análise, os artigos correspondiam aos critérios da pesquisa. Após a pesquisa, obtive 267 artigos na base de dados MEDLINE e 96 artigos na base de dados da CINAHL. Em ambas as pesquisas foram colocados limites temporais, de forma a recolher artigos recentes, pelo que se optou por limite temporal de 2014 a 2019 (últimos 5 anos). Ao cruzar os resultados das duas bases de dados, foram subtraídos 30 artigos por se encontrarem repetidos, perfazendo um total de 333 artigos. Foram excluídos artigos relativos a reabilitação pulmonar, terapia ocupacional, cuidados paliativos, estudos

comparativos sobre diferentes tipos de inaladores, hospitalização domiciliária, gestão da doença através de plataformas digitais, gestão da medicação dirigida por farmacêuticos e estudos que incidiam exclusivamente na gestão da asma. Foram excluídos 2 artigos por constituírem resumos de posters e 1 artigo que constituía um resumo submetido para conferência. Foram também excluídos os artigos que não tinham o texto completo disponível. Na pesquisa foram incluídos apenas estudos em Inglês.

Background

Entre a população portuguesa, 85% da carga total da doença corresponde a doenças crónicas (DGS, 2017), apresentando o mais recente estudo de prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) uma prevalência de 14,2% em pessoas com quarenta ou mais anos (DGS, 2016). Ainda segundo este estudo, existe um nível elevado de subdiagnóstico (86,8%) e valores elevados de prevalência em indivíduos não fumadores (9,2%).

Ao nível dos Cuidados de saúde Primários, o número de pessoas inscritas com o diagnóstico de DPOC tem vindo a aumentar em todas as regiões (DGS, 2017) perfazendo, em 2018, um total de 131.112 indivíduos (BI-CSP). Ainda assim, a fraca capacidade diagnóstica da DPOC ao nível dos CSP é evidente, conduzindo a uma grande probabilidade de internamentos evitáveis associados à DPOC, tanto pelo subdiagnóstico como pela ausência de medidas tomadas para prevenir esses internamentos (PNDR, 2017).

Uma das metas que se pretende atingir até 2020 (PNDR, 2017) é a redução em 10% o número de pessoas internadas por causas respiratórias que podem ser prevenidas ou tratadas nos centros de saúde, durante o período de 2014 a 2020.

A DPOC constitui um importante problema de saúde pública. Em 2012, mais de 3 milhões de pessoas morreram devido a DPOC, representando 6% do

total de mortes a nível global (GOLD, 2019) e, segundo a Organização Mundial de Saúde, prevê-se que, em 2030, a DPOC será a 3ª causa de morte a nível mundial.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica caracteriza-se por uma deterioração progressiva e irreversível da função pulmonar com consequente limitação da capacidade respiratória (Higginson & Parry, 2018; GOLD, 2019). Os sintomas mais comuns são a dispneia, tosse produtiva, cansaço com atividade física e pieira (GOLD, 2019; DGS, 2011). O principal fator de risco é o fumo do tabaco (GOLD, 2019; Forum of International Respiratory Societies, 2017) embora outros fatores ambientais também possam contribuir para a etiologia da doença, como a poluição do ar e exposições e inalações ocupacionais (Forum of International Respiratory Societies, 2017). É considerada uma doença crónica com grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos, pelas limitações a que ficam sujeitos com a evolução da doença, bem como a nível familiar, social e económico, representando uma enorme carga para os sistemas de saúde devido ao elevado número de episódios de urgência para controlo da sintomatologia (Punekar, 2015; Leiva-Fernández *et al*, 2014).

A identificação numa fase inicial e a redução da exposição a fatores de risco são essenciais para prevenir e tratar a doença (Forum of International Respiratory Societies, 2017) sendo um dos aspetos fundamentais no seu controlo a cessação tabágica (NICE, 2018; Forum of International Respiratory Societies, 2017; DGS, 2011). Frequentemente, a DPOC associa-se a múltiplas comorbilidades que contribuem para o seu agravamento devendo, por isso, ser igualmente investigadas e tratadas (DGS, 2011).

Após o diagnóstico da DPOC, a intervenção terá como objetivo retardar a progressão da doença, controlar a sintomatologia, melhorar a capacidade física e prevenir e tratar complicações e exacerbações (DGS, 2011). Para isso, é essencial uma atuação a nível multidisciplinar, sendo imprescindível a capacitação do indivíduo para a gestão da sua doença (NICE, 2018).

Um dos grandes problemas na gestão da DPOC está relacionado com a baixa adesão ao tratamento por parte dos indivíduos (Vetrano *et al*, 2017; George, 2018).

A adesão terapêutica pode ser definida como o grau de concordância entre as recomendações do profissional de saúde e o comportamento do utente relativamente ao regime terapêutico proposto (Delgado&Lima, 2001). É, portanto, condicionada por uma diversidade e complexidade de comportamentos, tornando-se difícil avaliar de uma forma precisa o nível de adesão a determinado tratamento. Este aspeto é também referido por Lareau&Yawn (2010), afirmando que avaliar se a adesão terapêutica é adequada é um processo complexo não existindo consenso na definição do que é uma adesão adequada ou óptima ao tratamento.

A adesão terapêutica é um fenómeno influenciado por múltiplas causas (George, 2018), nomeadamente, a complexidade do tratamento (Vetrano *et al*, 2017), a severidade da doença e sua duração, a frequência das dosagens e possíveis efeitos secundários, a polimedicação (Leiva-Fernández *et al*, 2014), as crenças do utente, o suporte a nível social e familiar (Lareau&Yawn, 2010), baixa motivação e não existência de uma relação de confiança com os profissionais de saúde que acompanham o utente (George, 2018).

Neste sentido, estudos demonstram a importância de um acompanhamento adequado destes utentes por parte da equipa multidisciplinar, na comunidade, sendo dada particular relevância à intervenção da Enfermagem (Higginson and Parry, 2018). Uma adequada adesão ao regime terapêutico inclui a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, nomeadamente, o abandono de comportamentos de risco como sejam os hábitos tabágicos e o sedentarismo (Lemmens *et al*, 2010).

Vários estudos demonstram que a implementação de programas de promoção da auto-gestão da doença nos indivíduos com DPOC contribui para a diminuição da presença destes utentes na consulta médica de urgência, melhoria da ansiedade (Baker e Fatoye, 2017) e redução de hospitalizações (Chung *et al*, 2015; Gillet *et al*, 2016) sendo relevante a intervenção da Enfermagem neste sentido (Pickstock, 2015).

Assim, a intervenção da Enfermagem deverá incidir na promoção da mudança de estilo de vida (cessação tabágica, prática de exercício físico e alimentação saudável), ensinamentos acerca de técnicas de relaxamento, identificação e gestão da ansiedade e depressão (NICE, 2018; Dury, 2016; Gardener et al, 2018), identificação e monitorização de indivíduos com alto risco de exacerbações e elaboração de planos de cuidados individualizados centrados na pessoa (NICE, 2019; Gardener et al, 2018). Estes indivíduos deverão fazer anualmente a vacinação da gripe, sendo a vacinação pneumocócica igualmente recomendada (DGS, 2011).

Neste sentido, enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, pela especificidade das suas competências, assume um papel preponderante na promoção da adesão ao regime terapêutico por parte dos clientes (ICN & Ordem dos enfermeiros, 2008) e, principalmente, na capacitação do utente na gestão da sua doença crónica, inserido na comunidade. A adequada intervenção dos profissionais de Enfermagem na gestão da doença crónica, nomeadamente das doenças respiratórias, no contexto comunitário, é preponderante para a qualidade de vida destes doentes, bem como para a redução de episódios de urgência e hospitalizações, com a consequente redução dos custos associados aos cuidados de saúde.

Título	Autores	Objetivos	Conclusões
1.Adherence in Asthma and COPD: New Strategies for an Old Problem	Maureen George	Análise da não adesão às recomendações para gestão da asma e DPOC, explicação dos fatores que afetam a adesão terapêutica, análise e comparação de instrumentos de medida	Os pacientes deverão ser apoiados e não censurados, com adequado acompanhamento por profissionais de saúde, devendo estes estar despertos para a não adesão terapêutica e serem capacitados para adequarem a sua intervenção a cada utente.
2.Application of a theoretical model to evaluate COPD disease management	Karin MM Lemmens, Anna P Nieboer, Maureen PMH Rutten-Van Mölken, Constant P van Schayck, Javier D Asin, Jos AM Dirven, Robbert Huijsman	Avaliar o impacto de um programa de gestão da doença em utentes com DPOC no contexto dos cuidados de saúde primários	A implementação de programas de gestão da doença influencia positivamente os resultados dos cuidados prestados
3.Barriers and facilitators influencing self-management among COPD patients: a mixed methods exploration in primary and affiliated specialist care	Chantal F Hillebregt Auke J Vlonk Marc ABruijnzeels Onno CP van Schayck Niels HChavannes	Análise dos fatores que influenciam a gestão da doença em utentes com DPOC	Maioritariamente, os profissionais de saúde assumem a liderança sendo o utente um elemento passivo na gestão da doença. Dada pouca ênfase à mudança comportamental. Contacto de apenas 1 ou 2 vezes por ano entre paciente e profissional de saúde é limitador.
4.Building COPD care on shaky ground:a mixed methods study from Swedish primary care professional perspective	Sara Lundell, Malin Tistad, Börje Rehn, Maria Wiklund, Åsa Holmner and Karin Wadell	Aumentar o conhecimento do que influencia a prestação de cuidados a doentes DPOC ao nível dos cuidados de saúde primários	Existe uma falha entre os cuidados prestados e o que é definido por diretrizes de saúde. É necessária formação adequada dos profissionais, mudanças organizacionais e atuação a nível

			multidisciplinar na educação para a saúde.
5.Clinical and cost effectiveness of nurse-led self-management interventions for patients with copd in primary care: A systematic review	Elizabeth Baker, Francis Fatoye	Avaliação da eficácia a nível clínico e económico (custos) de programas de auto –gestão da DPOC geridos por enfermeiros em contexto dos CSP	Alguns deste programas diminuíram o número de presenças em consulta médica de urgência, contribuíram para a melhoria da ansiedade dos utentes. No entanto, não se encontrou evidência de acentuada diminuição custos destas intervenções.
6.Managing chronic obstructive pulmonary disease in the community setting	Ray Higginson, Andy Parry,	Exposição da fisiopatologia da DPOC; análise da forma como os profissionais de saúde poderão gerir a DPOC na comunidade	Os enfermeiros têm um papel central na gestão da DPOC na comunidade, no ensino da correcta administração dos inaladores e na promoção da mudança comportamental.
7.COPD and emotional distress: not always noticed and therefore untreated	Rona Dury	Descrição da ansiedade e depressão como doenças associadas à DPOC	Os profissionais de saúde (em especial os enfermeiros) devem estar despertos para sintomas como ansiedade e depressão na gestão da DPOC, por vezes é apenas dada ênfase aos sintomas físicos; necessidade de formação dos profissionais.
8.COPD Care in the 21st Century: A Public Health Priority	Rachel N Criner MeiLan K Han		Importância da formação adequada dos profissionais de saúde
9.Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with	José Leiva-Fernández Francisca Leiva-Fernández Antonio García-Ruiz	Avaliar a eficácia de uma intervenção multifatorial na promoção da adesão terapêutica	A implementação de intervenções a nível multifatorial conduziu a melhoria na adesão

chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial	Daniel Prados-Torres Pilar Barnestein-Fonseca	em utentes com DPOC na comunidade	terapêutica, nomeadamente, inaloterapia
10.How do informal self-care strategies evolve among patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in primary care? A qualitative study	Lindsay D Apps, Samantha LHarrison, Johanna EAWilliams Nicky Hudson, Michael Steiner Mike D Morgan, Sally J Singh	Compreender as experiências de autocuidado de doentes com DPOC, geridos no contexto dos CSP, bem como examinar os desafios na promoção do autocuidado	Os utentes com DPOC desenvolveram estratégias de autocuidado de forma independente, muitos sentiam que não tinham conhecimentos suficientes para gerir a sua doença. Importância dos profissionais de saúde na promoção do autocuidado e gestão da doença crónica.
11.How integrated are services for patients with chronic obstructive pulmonary disease? Perceptions of patients and health care providers	S. E. Kirby A,B,F, M Mutimbe D, S. Vagholkar C,E, J. Bunker C,E, S. M. Dennis A,C S.-T. LiawA,	Examinar a perceção dos utentes com DPOC acerca da integração de cuidados (Hospital e CSP) de forma a diminuir os episódios de ida ao serviço de urgência	Baixa integração de cuidados entre hospital e CSP.A Enfermagem deverá ter um papel mais ativo na promoção da gestão da doença.
12.Identifying components of self-management interventions that improve health-related quality of life in chronically ill patients: Systematic review and meta-regression analysis	Nini H. Jonkman , Marieke J. Schuurmans, Rolf H.H. Groenwold, Arno W. Hoes, Jaap C.A. Trappenburg	Identificar as intervenções na promoção da autogestão e identificar quais as componentes associadas à melhoria da qualidade de vida	As intervenções de promoção do auto-cuidado são diversas e exercem uma influência positiva na melhoria da qualidade de vida dos utentes, no entanto, não foram encontradas intervenções específicas que contribuíssem para essa melhoria.
13.Improving adherence with inhaler therapy in COPD	Suzanne C Lareau, Barbara P Yawn	Identificar desafios na promoção da adesão terapêutica e expor formas de promoção da adesão terapêutica	Baixa adesão terapêutica é comum nos utentes com DPOC. Prescrição de tratamentos simplificados, capacitar o utente para auto-gestão da sua doença,

			aumentar as competências dos profissionais de saúde ao nível dos ensinamentos aos utentes, comunicação e aconselhamento sobre adesão à terapêutica.
14. Increasing COPD Awareness One Community at a Time	Michael W. Hess,		Importância da implementação de um plano de ação para a DPOC a nível nacional
15. Integrated multidisciplinary community service for chronic obstructive pulmonary disease reduces hospitalisations	L. P. Chung, F. Lake, E. Hyde, C. McCamley, N. Phuangmalai, M. Lim, G. Waterer, Q. Summers and Y. Moodley	Verificar se uma intervenção multidisciplinar ao nível da comunidade reduz episódios de hospitalização	Verificou-se uma redução nos episódios de hospitalização com a intervenção a nível multidisciplinar na gestão da DPOC
16. Interventions for enhancing medication adherence (Review)	Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X	Revisão da literatura acerca de intervenções que promovam a adesão terapêutica	Os métodos para promover a adesão terapêutica são complexos e a sua eficácia não está demonstrada
17. Living with chronic obstructive pulmonary disease: The stories of frequent attenders to the Emergency Department	Karin Robinson, Elizabeth Lucas, Paul van den Dolder Elizabeth Halcomb	Explorar as experiências de utentes DPOC que recorrem frequentemente ao serviço de urgência e suas famílias	A experiência destes utentes revela a complexidade de viver com a DPOC. A promoção de uma intervenção para gerir situações de agudização requer a compreensão da problemática vivida por pacientes e família.
18. Managing and preventing acute exacerbations of COPD in the community	Shirley Pickstock		Os enfermeiros comunitários têm um papel ativo na capacitação dos utentes DPOC na gestão da sua doença e controlar situações de

			agudização da doença.
19. Managing complex respiratory patients in the community: an evaluation of a pilot integrated respiratory care service	K Gillett, K Lippiett, C Astles, J Longstaff, R Orlando, S X Lin, A Powell, C Roberts, A J Chauhan,2 M Thomas, T M Wilkinson	Avaliação de um modelo de integração de cuidados	O grupo de utentes cuidados por uma equipa integrada melhoraram os seus resultados, não tendo necessidade de recorrer ao hospital
20. Patient participation during and after a self-management programme in primary healthcare – The experience of patients with chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure	Kristina Luhr, Marie Holmefur, Kersti Theander, Ann Catrine Eldh	Descrever a influência de um programa de gestão da doença crónica na promoção da participação dos doentes no processo de gestão no contexto dos CSP	Com a implementação do programa houve uma melhoria na preparação dos pacientes na responsabilização adjacente à auto-gestão da doença crónica. A participação ativa do utente com DPOC é crucial.
21. Patient self-management in primary care patients with mild COPD – protocol of a randomised controlled trial of telephone health coaching	Manbinder S Sidhu, Amanda Daley, Rachel Jordan, Peter A Coventry, Carl Heneghan, Sue Jowett, Sally Singh, Jennifer Marsh, Peymane Adab, Jinu Varghese, David Nunan, Amy Blakemore, Jenny Stevens, Lee Dowson, David Fitzmaurice, Kate Jolly	Promoção da gestão da doença através de um programa de coaching por via telefónica, liderado por enfermagem	
22. Poor adherence to chronic obstructive pulmonary disease medications in primary care: Role of age, disease burden and polypharmacy	Davide L. Vetrano, Elisa Bianchini, Graziano Onder, Iacopo Cricelli, Claudio Cricelli, Roberto Bernabei, Germano Bettoncelli, Francesco Lapi	Verificar as determinantes da baixa adesão terapêutica ao tratamento farmacológico em utentes DPOC no contexto dos CSP, dando especial atenção à idade, comorbilidades e polimedicação	Baixa adesão terapêutica é comum em doentes DPOC em tratamentos de longa duração. Baixa adesão diminuiu com a severidade da doença. Características sócio-demográficas, o estilo de vida e aspectos clínicos podem influenciar a adesão terapêutica.

23. Qualitative systematic review of barriers and facilitators to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: views of patients and healthcare professionals	Siân Russell, Oladapo J. Ogunbayo, James J. Newham, Karen Heslop-Marshall, Paul Netts, Barbara Hanratty, Fiona Beyer, Eileen Kaner		São comuns os sentimentos de frustração, ansiedade e depressão em doentes com DPOC. Para que a gestão da DPOC seja efetiva, deverá ser dada atenção às necessidades psicossociais do utente, bem como a medicação e a gestão de situações de agudização.
24. Self-management behaviors to reduce exacerbation impact in COPD patients: a Delphi study	Yvonne J.G. Korpershoek Joyce C Bruins Slot Tanja W Effing Marieke J Schuurmans Jaap CATrappenburg	Encontrar consenso na literatura acerca de comportamentos na gestão da doença, incluindo a perspectiva de peritos	Para uma adequada gestão da DPOC e controlo de situações de agudização torna-se evidente a importância da adesão à terapêutica, vacinação da gripe, atividade física, cessação tabágica, deteção precoce de complicações, gestão do stress e ansiedade
25. Self-management behaviour and support among primary care COPD patients: cross-sectional analysis of data from the Birmingham Chronic Obstructive Pulmonary Disease Cohort	Ainee Khan, Andrew P. Dickens, Peymane Adab, Rachel E. Jordan	Descrever a gestão da DPOC e explorar comportamentos associados a um plano de gestão da doença	Os profissionais de saúde deverão implementar planos de cuidados individualizados para todos os pacientes. Deverá existir um investimento no aconselhamento acerca de estilos de vida.
26. Self-management of health care behaviors for COPD: a systematic review and meta-analysis	Kate Jolly, Saimma Majothi Alice J Sitch, Nicola R Heneghan Richard D Riley, David J Moore Elizabeth J Bates, Alice M Turner	Procurou-se identificar as intervenções mais efetivas na promoção da gestão da DPOC por parte dos pacientes	Muitas intervenções que promovem a auto-gestão da DPOC contribuíram positivamente para o aumento da

	Susan EBayliss, Malcolm J Price Sally J Singh, Peymane Adab David AFitzmaurice, Rachel EJordan		qualidade de vida dos doentes.
27.Support needs of patients with COPD: a systematic literature search and narrative review	A Carole Gardener, Gail Ewing Isla Kuhn, Morag Farquhar	Procurou-se determinar um variado número de medidas de suporte de doentes com DPOC de forma a desenvolver uma ferramenta com base na evidência para promover o cuidado centrado na pessoa.	É verificada a perspectiva do doente na identificação de necessidades de suporte na DPOC
28.The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: a propensity score matching with a difference-in-difference regression approach	Nazmi Sari, Meric Osman	Pretende-se verificar a eficácia do uso da espirometria, medicação e ensinamentos na gestão da asma e DPOC no contexto dos CSP	A capacitação do doente DPOC na gestão da doença reduz os gastos em saúde
29.Understanding the factors affecting self-management of COPD from the perspectives of healthcare practitioners: a qualitative study	Oladapo J. Ogunbayo, Sian Russell, James J. Newham, Karen Heslop-Marshall, Paul Netts, Barbara Hanratty Eileen Kaner	Compreender os fatores que influenciam a gestão da DPOC na perspectiva dos profissionais de saúde.	Barreiras a uma adequada gestão da doença pelo Indivíduo com DPOC – conhecimento e compreensão da doença, bem como o contexto de vida do utente. Por parte dos profissionais de saúde identificou-se a experiência, a especialidade e o interesse como factores determinantes numa adequada gestão da doença crónica.
30. A complex intervention of self management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own	Ann-Britt Zakrisson, Mats Arne, Mikael Hasselgren, Karin Lisspers, Björn Stållberg, Kersti Theander	Testar a implementação de um programa de auto-gestão da DPOC em contexto dos CSP, no que respeita a eficácia, controlo de sintomatologia e	Quando se desenha um programa de intervenção numa perspectiva de cuidados centrados na pessoa, deverão ser tidas em conta as dificuldades

selected activities - a longitudinal follow up		funcionalidade.	do paciente. É necessária formação e supervisão dos profissionais de saúde na gestão destes cuidados.
--	--	-----------------	---

Bibliografia

- Baker, E., Fatoye, F. (2017) Clinical and cost effectiveness of nurse-led self management interventions for patients with copd in primary care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 71, pp 125–138.
- Chung, L. P. , Lake, F., Hyde, E. , McCamley, ., Phuangmalai, N., Lim, M. , Waterer, G., Summers, Q., Moodley, Y. (2015) Integrated multidisciplinary community service for chronic obstructive pulmonary disease reduces hospitalizations. *Internal Medicine Journal* doi:10.1111/imj.12984
- Delgado, A. B., Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (2) vol 2, p 81-100.
- Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Norma 028/2011 atualizada a 10/09/2013
- Dury, R. (2016). COPD and emotional distress: not always noticed and therefore untreated. *British Journal of Community Nursing*, (3) Vol 21, March.
- Forum of International Respiratory Societies (2017). *The Global Impact of Respiratory Disease*. (second edition). Sheffield: European Respiratory Society.
- Gardener, A.C., Ewing, G., Kuhn, I., Farquhar, M. (2018). Support needs of patients with COPD: a systematic literature search and narrative review. *International Journal of COPD*. Vol 13, pp 1021-1035.
- George, M. (2018) Adherence in Asthma and COPD: New Strategies for an Old Problem. *Respiratory Care*, (6) Vol 63, June.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention – a guide for healthcare professionals. Disponível em <https://goldcopd.org/>

Gillett, K., Lippiett, K, Astles, C., Longstaff, J., Orlando, R., Lin, S. X., Powell, A., Roberts, C., Chauhan, A.J., Thomas,M., Wilkinson, T.M. (2016)Managing complex respiratory patients in the community: an evaluation of a pilot integrated respiratory care service. *BMJ Open Respiratory Research*,n.º 3 doi:10.1136/bmjresp-2016-000145

Higginson, R. , Parry, A. (2018). Managing chronic obstructive pulmonary disease in the community setting. *British Journal of Community Nursing*, (1) vol 23, January.

ICN & Ordem dos Enfermeiros (2008). Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento. *Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Kelley, W.N. (ed) (1999). *Tratado de Medicina Interna*.(3ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lareau, S.C., Yawn, B.P. (2010) Improving adherence with inhaler therapy in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, N.º 23, November.

Lemmens, K.M.M., Nieboer, A.P., Rutten-Van Mölken, M., van Schayck,C.P., Asin,J.D., Dirven, J.A.M., Huijsman, R. (2010) Application of a theoretical model to evaluate COPD disease management. *BMC Health Services Research*, n.º 10.

Leiva-Fernández, J., Leiva-Fernández, F., García-Ruiz, A., Prados-Torres,D., Barnestein-Fonseca, P. (2014) Efficacy of a multifactorial

intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. *BMC Pulmonary Medicine*, n.º 14 doi:10.1186/1471-2466-14-70.

National Institute for Health and Care Excellence (2018). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115> consultado a 29/04/2019

Organização Mundial de Saúde. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. <https://www.who.int/respiratory/copd/en/> acedido a 29/03/2019

Pickstock, S. Managing and preventing acute exacerbations of COPD in the community (2015). *Journal of Community Nursing*, Vol 15, n.º 3.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2018). Retrato da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

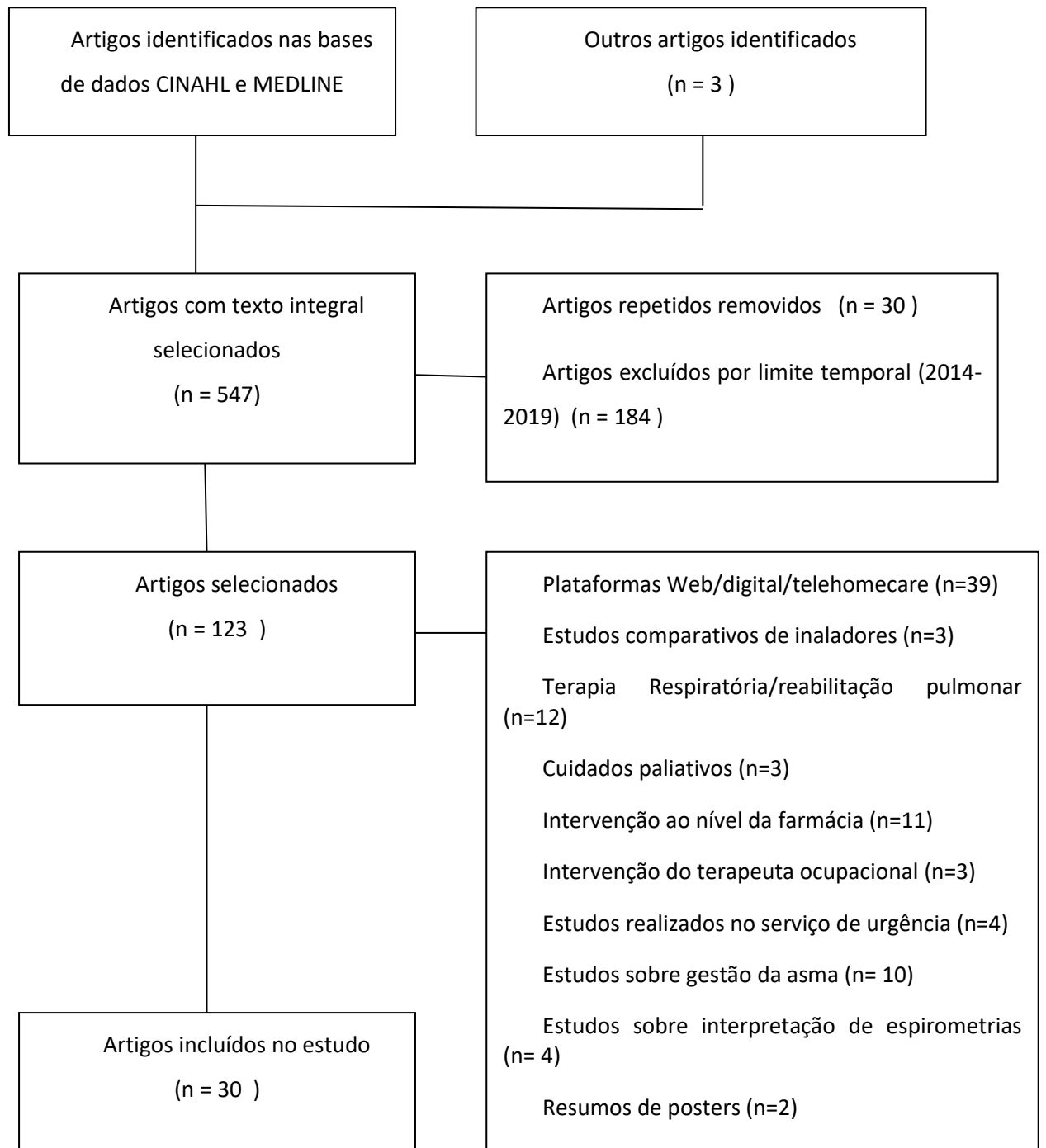
Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional das Doenças Respiratórias 2012-2016*.Lissboa: Direção-Geral da Saúde.

Punekar, Y.S., Landis, S.H., Wurst, K., Le, H. (2015) Characteristics, disease burden and costs of COPD patients in the two years following initiation of long-acting bronchodilators in UK primarycare. *Respiratory Research*, n.º 16 DOI 10.1186/s12931-015-0295 2

Vetrano, D. L., Bianchini, E., Onder, G., Cricelli, L., Cricelli, C., Bernabei, R., Bettoncelli, G., Lapi, F. (2017) Poor adherence to chronic obstructive pulmonary disease medications in primary care: Role of age, disease burden and polypharmacy. *Geriatrics & Gerontology International*, n.º 17, pp 2500–2506.

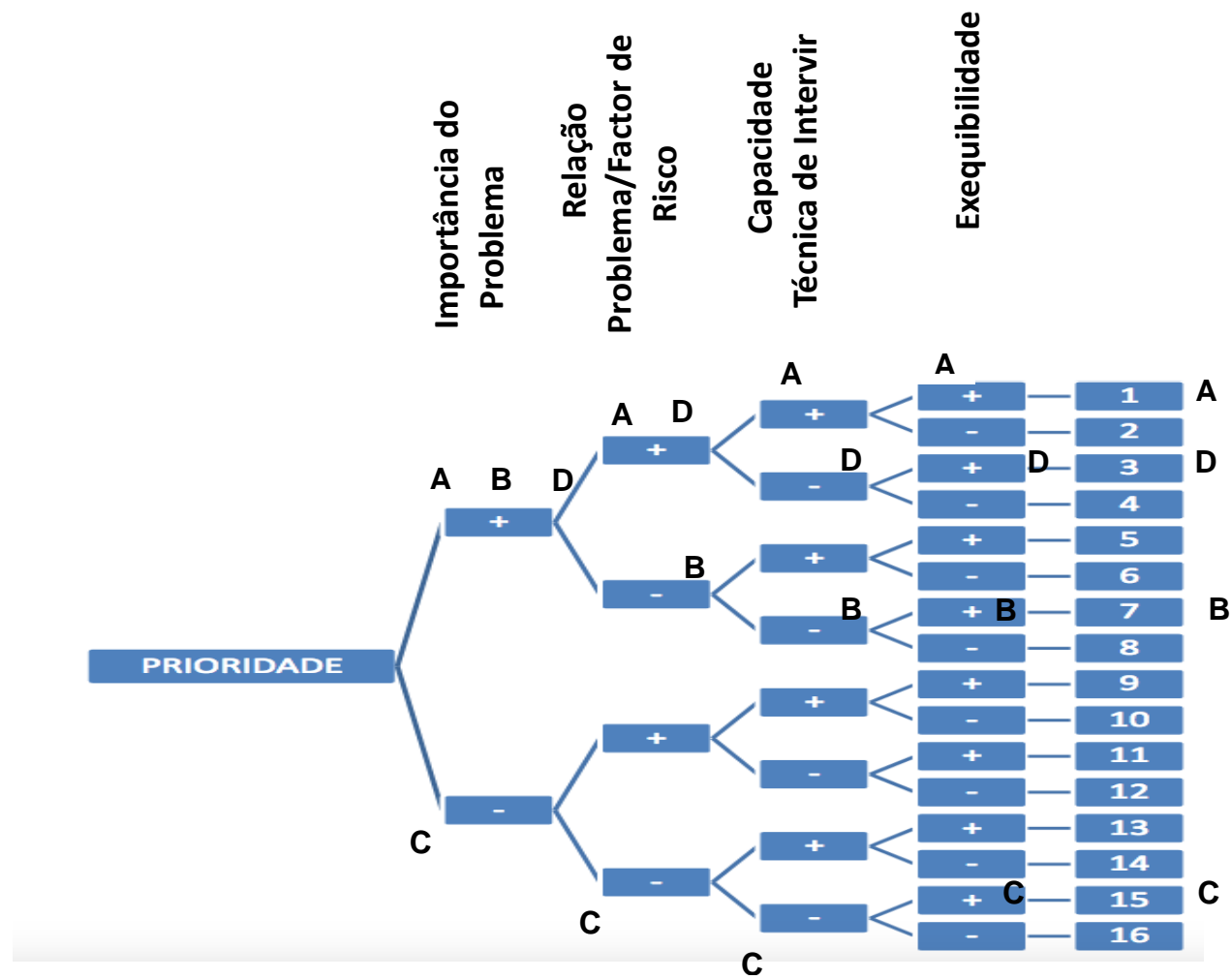
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx> consultado a 17/05/2019

DIAGRAMA PRISMA



Apêndice IV – Grelha de análise para priorização dos problemas

Definição de prioridades



Apêndice V – Plano da sessão de Educação para a Saúde e Diapositivos

Plano da Sessão de Educação para a Saúde: Promoção de comportamentos de saúde na Pessoa com DPOC

Data: 05 de Novembro de 2019	População-alvo: Utentes da USF AS com o diagnóstico de DPOC
Hora: 14h30	Local: USF AS
Duração: 30 minutos	Formador: Enf ^a Tânia Mendes

Finalidade da Formação: Promover comportamentos de saúde em utentes com o diagnóstico de DPOC, bem como esclarecer dúvidas destes utentes acerca da sua doença.

Objetivo pedagógico geral: Capacitar os participantes para uma adequada gestão da DPOC

Objetivo Específico	Domínio
Identificar a DPOC como uma doença respiratória	Cognitivo
Perceber a importância da cessação tabágica	Afetivo
Reconhecer a importância do exercício físico	Afetivo
Identificar a vacinação como fator protetor de complicações	Afetivo
Reconhecer a importância da adequada gestão do regime medicamentoso	Afetivo

Identificação das etapas e dos seus conteúdos


Etapa	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação; sumário da sessão	Cognitivo	Expositivo	Apresentação de diapositivos através de retroprojektor	Humanos: Enfermeira Materiais: retroprojektor, mesas, cadeiras, cartões verdadeiro/ falso	2 min
Desenvolvimento	Definição de DPOC; Sintomatologia; Causas da DPOC; Comportamentos de saúde; Importância do acompanhamento pelo médico e enfermeiro de família	Cognitivo Afetivo	Expositivo Interrogativo	Apresentação de diapositivos através de retroprojektor. Partilha de conhecimentos e experiências.		13 min
Conclusão	Breve síntese dos temas abordados	Cognitivo Afetivo	Interrogativo	Discussão com os participantes da sessão		5 min

Avaliação	Colocação de questões acerca dos temas abordados.	Cognitivo Afetivo	Interrogativo	Distribuição de cartões verdadeiro/ falso para resposta. Estimulação da participação de todos os participantes.		10 min
-----------	---	----------------------	---------------	--	--	--------

Diapositivos apresentados na Sessão de EpS:



  10º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE



Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Formador: EnFª Tânia Mendes
Orientação: Prof. Edmundo Sousa
EnFª Manuela Leal
05/11/2019

  **COMPORTAMENTOS DE SAÚDE NA DPOC**

Sumário

- O que é a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- Quais os sintomas
- O que causa a DPOC
- Comportamentos de saúde
 - Cessação tabágica
 - Importância de se movimentar
 - Importância da medicação
 - Importância da vacinação – gripe e pneumonia

2

Quais os sintomas

- Tosse com expectoração
- Cansaço fácil
- Dificuldade respiratória



DPOC	≠	Asma
Início na idade adulta (meia-idade)		Início na infância ou adolescência
Sintomas lentamente progressivos		Sintomas variam no dia a dia
		Sintomas noturnos e madrugada
Longa história de hábitos tabágicos		Alergia, rinite e/ou eczema presentes
Falta de ar durante o exercício		História familiar de asma
Limitação do fluxo de ar irreversível		Limitação do fluxo de ar maioritariamente reversível

O que é a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

É uma doença crónica respiratória que causa a destruição do tecido pulmonar, dificultando a respiração.

Estima-se que será a 3ª causa de morte no mundo em 2020



O que causa a DPOC

Fumo do tabaco

- Cerca de 85% dos casos de DPOC são causados pelo tabagismo
- É uma das principais causas de morte por cancro, por doenças respiratórias e por doenças cérebro-vasculares.



O que causa a DPOC



Poluição do ar

Exposições e inalações no local de trabalho



COMPORTAMENTOS DE SAÚDE NA DPOC

Não controlar a evolução da DPOC conduz a:

- ✗ Menor qualidade de vida
- ✗ Agudização da doença
- ✗ Ansiedade
- ✗ Isolamento social
- ✗ Desmotivação
- ✗ Depressão

7

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE NA DPOC

Comportamentos de saúde



Deixar de fumar



- Consulta de cessação tabágica na USF
- Comparticipação da medicação para deixar de fumar



Qualidade de vida

8

Comportamentos de saúde



Deixar de fumar



- Consulta de cessação tabágica na USF
- Comparticipação da medicação para deixar de fumar



Qualidade de vida

Comportamentos de saúde



Faça caminhadas!
Movimente-se!
Mexe os braços e as pernas várias
vezes ao dia!

Comportamentos de saúde

Tome o medicamento certo, à hora certa, conforme indicação do seu médico.

No caso de viver sozinho e tiver problemas de visão, peça ajuda a familiares, vizinhos ou amigos na gestão da medicação.

Faça sempre os inaladores, se tiver dúvidas, esclareça com a sua equipa de saúde



10

Comportamentos de saúde

As vacinas da gripe e da pneumonia podem ajudá-lo a prevenir complicações



Muito importante

Consulte regularmente o seu médico e o seu enfermeiro de família

11

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE NA DPOC



FIM

12

VERDADEIRO OU FALSO?

- ✖ A DPOC é uma doença respiratória Verdadeiro
- ✖ Um dos sintomas é o cansaço fácil Verdadeiro
- ✖ Comer muitas gorduras é a principal causa da DPOC Falso
- ✖ O exercício físico está contra-indicado Falso
- ✖ Deve-se fazer a medicação à hora certa, conforme indicação do médico Verdadeiro
- ✖ A vacina da gripe não previne complicações Falso



13

Referências bibliográficas

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention – a guide for healthcare professionals. Disponível em <https://goldcopd.org/>

Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Norma 028/2011 atualizada a 10/09/2013

Forum of International Respiratory Societies (2017). *The Global Impact of Respiratory Disease* (second edition). Sheffield: European Respiratory Society.

**Apêndice VI – Guia orientador da Consulta de Enfermagem à Pessoa com
DPOC**

GUIA ORIENTADOR
CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DPOC

Unidade de Saúde Familiar AS

Janeiro 2020

Lista de Abreviaturas

CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
NICE	National Institute for Health and Care excellence
USF	Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas

Índice

Lista de Quadros

INTRODUÇÃO	5
1. CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DPOC	7
1.1. Local	7
1.2. Responsabilidade	7
1.3. Recursos	7
1.3.1. Humanos	7
1.3.2. Materiais	7
1.4. Objetivo geral da consulta	7
1.5. Objetivos específicos da consulta	8
1.6. Critérios de inclusão na consulta	8
1.7. Preparação operacional	8
1.8. Estrutura da Consulta	8
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

Lista de Quadros

Quadro 1 - Diagnósticos e intervenções de Enfermagem (SClínico, linguagemCIPE)

11

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) caracteriza-se por uma deterioração progressiva e irreversível da função pulmonar com consequente limitação da capacidade respiratória (GOLD, 2019). Os sintomas mais comuns são a dispneia, tosse produtiva, cansaço com atividade física e pieira (GOLD, 2019; DGS, 2019). O principal fator de risco é o fumo do tabaco (GOLD, 2019; Forum of International Respiratory Societies, 2017) embora outros fatores ambientais também possam contribuir para a etiologia da doença, como a poluição do ar e exposições e inalações ocupacionais (Forum of International Respiratory Societies, 2017).

Após o diagnóstico da DPOC, a intervenção terá como objetivo retardar a progressão da doença, controlar a sintomatologia, melhorar a capacidade física e prevenir e tratar complicações e exacerbações (DGS, 2019). Para isso, é essencial uma atuação a nível multidisciplinar, sendo imprescindível a capacitação do indivíduo para a gestão da sua doença (NICE, 2018; George, 2018).

A capacitação dos indivíduos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como na adequada gestão da doença crónica quando esta já está instalada. Neste sentido, os cuidados de saúde primários e, em especial, a Enfermagem, têm um papel fundamental na promoção de comportamentos de saúde nas populações, tornando indivíduos e grupos capazes de tomar decisões adequadas à sua saúde, de forma responsável e autónoma, com vista à melhoria da sua qualidade de vida.

A adoção de comportamentos de saúde, nomeadamente a cessação tabágica, a prática de exercício físico e a adequada adesão à medicação são fundamentais para a gestão da DPOC, contribuindo para a redução da morte prematura, da morbilidade e incapacidade, aumentando a qualidade de vida e o bem-estar deste grupo de risco. Torna-se evidente a necessidade de uma intervenção ao nível da promoção deste tipo de comportamentos nesta

população, sendo a consulta de Enfermagem o momento determinante para a realização deste tipo de intervenção.

Considerando a definição de Consulta de Enfermagem que consta no Glossário para as Unidades de Saúde Familiar (Ministério da Saúde, 2006) esta engloba a “realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (Ministério da Saúde, 2006, p. 14).

O Ministério da Saúde (1999, citado por Ordem dos Enfermeiros, 2012a, p.1) define a Consulta de Enfermagem como “uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem”.

Desta forma, com a implementação da consulta de Enfermagem à Pessoa com DPOC pretende-se intervir nesta população, reduzindo comportamentos de risco e promovendo comportamentos de saúde de forma a controlar a sua doença crónica, contribuindo para que estes indivíduos recuperarem e melhorarem a sua qualidade de vida.

O presente Guia orientador da Consulta de Enfermagem na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica está inserido no projeto de intervenção comunitária realizado no âmbito do 10º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESEL. Pretende-se, com este documento, uniformizar os procedimentos relativos à consulta de Enfermagem realizada à Pessoa com o diagnóstico de DPOC. Foi construído tendo em consideração as etapas do Processo de Enfermagem e utilizando a linguagem CIPE presente na plataforma informática *SClínico*.

1. CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

1.1. Local

A Consulta de Enfermagem na DPOC irá realizar-se na USF Amora Saudável, inserida no âmbito dos serviços disponibilizados à população inscrita, nomeadamente, utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica diagnosticada, pela equipa de saúde (médica e de enfermagem).

1.2. Responsabilidade

A realização da consulta de Enfermagem na DPOC é da responsabilidade dos enfermeiros de família dos respetivos utentes. A consulta será realizada de 2ª a 6ª feira, tendo a duração de 20 minutos.

1.3. Recursos

1.3.1. Humanos

- Equipa multidisciplinar da USF Amora Saudável

1.3.2. Materiais

- Gabinete de Enfermagem
- Computador e impressora
- Guia orientador para a consulta de Enfermagem na DPOC

1.4. Objetivo geral da consulta

Capacitar os utentes da USF com diagnóstico de DPOC para uma adequada gestão da sua doença.

1.5. Objetivos específicos da consulta

- Avaliar os utentes com diagnóstico de DPOC com a aplicação do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde adaptado à consulta de enfermagem à Pessoa com DPOC (Anexo I)
- Planear intervenções de acordo com os diagnósticos de Enfermagem identificados
- Intervir na população inscrita com DPOC

1.6. Critérios de inclusão na consulta

Utentes inscritos na USF com o diagnóstico de DPOC.

1.7. Preparação operacional

A preparação operacional da consulta de Enfermagem à Pessoa com DPOC decorre entre 10 e 31 de Dezembro de 2019.

A sua implementação irá decorrer no início de 2020.

1.8. Estrutura da consulta

Contribuir para a promoção da saúde constitui uma das competências da Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012b) e representa o pilar da estrutura da consulta de Enfermagem à Pessoa com DPOC.

A tomada de decisão por parte do enfermeiro relativamente aos cuidados a prestar ao utente implica uma “abordagem sistémica e sistemática” (Ordem dos Enfermeiros, 2012b, p.5), em que são identificados problemas da pessoa indivíduo ou grupo, são prescritas intervenções de Enfermagem de forma a “evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.6).

A DPOC é uma doença complexa que causa grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos pelas limitações a que ficam sujeitos com a sua evolução. A adoção de comportamentos de saúde por parte destes indivíduos é fundamental para o controlo da evolução da doença, nomeadamente a adesão ao regime medicamentoso, a cessação tabágica e a prática de exercício físico.

Os *comportamentos de saúde*, de acordo com Matos (2004), dizem respeito a “qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde real ou percebido, com o objetivo de promoção, proteção ou manutenção da saúde” (Matos, 2004, p. 259). Estes comportamentos resultam da combinação de conhecimentos, práticas e atitudes (Figueiredo, 2015) e influenciam o estado de saúde dos indivíduos. Neste sentido, a estrutura da consulta de Enfermagem à Pessoa com DPOC assenta na promoção de comportamentos de saúde, prevenção e controlo de comportamentos de risco por parte desta população, com vista à recuperação e melhoria da sua qualidade de vida, prevenção de complicações e exacerbações e, consequentemente, redução de hospitalizações.

A promoção da atividade física, diária, ajustada a cada indivíduo e às suas limitações, é essencial, de forma a aumentar gradualmente a sua tolerância ao exercício.

É de suma importância que haja uma adequada adesão ao regime medicamentoso por parte desta população (DGS, 2019), sendo imprescindível que os enfermeiros estejam despertos para o fenómeno da não adesão. De igual forma, deverá ser realizada a avaliação da técnica de utilização dos inaladores por parte destes indivíduos. Uma gestão do regime medicamentoso eficaz implica que o indivíduo adquira competências cognitivas e instrumentais adequadas (Padilha, 2010), sendo que o enfermeiro assume o papel de facilitador deste processo.

À DPOC estão, frequentemente, associadas várias co-morbilidades como a ansiedade, a depressão (Dury, 2016), a síndrome metabólica (GOLD, 2017), a doença cardiovascular, a hipertensão, a osteoporose e cancro (Criner e Han, 2018). Neste sentido, as consequências negativas tanto a nível físico como

psicológico podem ser prevenidas através de uma adequada gestão da doença (George, 2018).

Sendo o tabaco o principal fator de risco da DPOC, é essencial a promoção da cessação tabágica. Para isso, deve ser realizada uma intervenção breve sobre a necessidade de deixar de fumar bem como das suas vantagens (DGS, 2019). Se o utente o consentir, deverá ser realizado o encaminhamento para a consulta de cessação tabágica, onde será realizada uma intervenção específica.

É recomendada a vacinação contra a gripe, anual, bem como a vacinação antipneumocócica a esta população (DGS, 2019).

A capacitação desta população para uma adequada gestão da DPOC passa pela consciencialização destes indivíduos acerca da sua doença, fatores de risco, sintomatologia, controlo de exacerbações e, fundamentalmente, a importância da adoção de comportamentos de saúde. É fundamental que o enfermeiro promova a participação ativa do indivíduo no seu próprio plano de cuidados.

A periodicidade da consulta é estabelecida pelo enfermeiro de família, sendo preconizado pela DGS que estes utentes tenham um momento de consulta, pelo menos, de 6 em 6 meses (DGS, 2019).

A consulta de Enfermagem na DPOC está estruturada tendo em conta as etapas do Processo de Enfermagem, utilizando a linguagem CIPE presente na plataforma informática *SClínico*. Assim, a realização da colheita de dados permite identificar os problemas dos quais irão emergir os diagnósticos de Enfermagem. Definem-se as intervenções a realizar em cada momento de consulta, bem como a avaliação dos resultados.

Durante a consulta será aplicado o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde adaptado à população com DPOC (Anexo I). A construção deste instrumento teve por base o questionário de Hettler (1982) *Lifestyle Assessment Questionnaire*, desenvolvido no âmbito de um programa para melhorar o estilo de vida dos estudantes na Universidade de Winsconsin- Steven Point (Ribeiro, 2004) com o qual, para além de avaliar o Estilo de Vida

dos estudantes, se pretendia “educá-los para comportamentos relacionados com a saúde que podem ser implementados e avaliados” (Ribeiro, 2004, p. 388).

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde é constituído por 28 itens, organizados em cinco categorias *Exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares* e com o qual se pretende avaliar os comportamentos, atitudes e estilos de vida dos indivíduos sendo, segundo o autor, um instrumento “útil tanto para a avaliação como para a utilização em programas de intervenção na promoção da saúde ou na prevenção das doenças” (Ribeiro, 2004, p. 394).

A resposta aos itens é dada numa escala ordinal tipo *Likert*, de frequência descendente, em que o participante escolhe entre cinco alternativas consoante a frequência com que adopta ou não determinado comportamento, entre o “quase sempre” (1) e o “quase nunca” (5). Neste questionário, o valor correspondente aos comportamentos protetores de saúde varia entre 28 e 140, sendo que o melhor comportamento corresponde a notas mais baixas. Segundo o autor, o tempo de resposta ao questionário é de cinco a 10 minutos (Ribeiro, 2004).

De forma a adequar este questionário à população alvo da consulta de Enfermagem, foram excluídos alguns itens, nomeadamente, as questões que dizem respeito à sexualidade (Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções; Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal; Evito mudar de parceiro sexual), uso de anfetaminas (Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames). Desta forma, os *scores* do questionário alteram-se, variando de 22 e 110.

Os diagnósticos de Enfermagem e intervenções encontram-se descritas no quadro 1.

Quadro 1 – Diagnósticos e intervenções de Enfermagem (SCLínico, linguagem CIPE)

7 Eixos CIPE	FOCO	JUÍZO	RECURSOS	AÇÃO	TEMPO	LOCALIZAÇÃO	CLIENTE
Processo de Enfermagem							
Diagnósticos de Enfermagem	10019766 -Abuso do tabaco 10030298 -Adesão 10030349 -Adesão ao regime de imunização 10030320 -Adesão ao regime de exercício 10030354 -Adesão ao regime medicamentoso 10038453 -Autogestão dos sintomas 10035894 -Capacidade da família para participar no planeamento de cuidados 10043061 -Capacidade para adquirir medicação 10000178 -Capacidade para arranjar-se 10040346 -Capacidade para desempenhar atividades de lazer 10000068 -Capacidade para gerir regime 10008782 -Comportamento de procura de saúde 10011042 -Conhecimento 10021918 -Conhecimento sobre o regime medicamentoso 10022058 -Crença de saúde 10038610 -Disponibilidade para cessação tabágica 10018391 -Socialização 10011417 - Solidão	10013269 -Anormal 10000420 -Atual 10011438 -Baixo 10012938 -comprometido 10025877 -Grave 10026692 -Melhorado 10025865 -Moderado 10013295 -Normal 10046624 -Presença 10015007 -Risco				Gabinete de Enfermagem	Utente com DPOC
			-Equipa multidisciplinar USF AS - Instituições	10005254 -Aconselhar 10016613 - Adequar 10001760 - Ajustar 10002298 - Analisar 10019142 - Apoiar	10001843 -Admissão 10038739 - Consulta de		

Intervenções de Enfermagem			públicas da comunidade	10006950- Assegurar 10009961- Aumentar 10002673- Avaliar 10004542- Colaborar 10004664- Confortar 10005848- Desenvolver 10006564- Educar 10015409- Elogiar 10006823- Encorajar 10010877- Envolver 10011383- Escutar 10015736- Estabelecer prioridades 10007499- Facilitar 10011625- Gerir 10012242- Incentivar 10010162- Informar 10014648- Planear 10015620- Prevenir 10015801- Promover 10032567- Referenciar para profissional de saúde 10038385- Referenciar para serviço comunitário 10019283- Vigiar 10036225- Esclarecer	acompanha mento 1000439 5-Crónico 1003881 5- Data de cessação tabágica 1000823 4- Frequência 1001558 1- Presente 1001666 6- Recaída		
Resultados							

CONCLUSÃO

A implementação da consulta de Enfermagem à Pessoa com DPOC representa uma estratégia de intervenção comunitária através da qual se pretende capacitar os utentes com o diagnóstico de DPOC inscritos na USF Amora Saudável na gestão eficaz da sua doença crónica.

A promoção de comportamentos de saúde como a cessação tabágica, a prática de exercício físico, a adequada adesão ao regime medicamentoso, o cumprimento do plano de vacinação são o pilar desta consulta de Enfermagem.

Com a construção deste guia pretendeu-se criar uma ferramenta para ser utilizada na prática, de forma a uniformizar a realização da consulta de Enfermagem, a ser conduzida pelos enfermeiros de família dos utentes.

Considerando a implementação da consulta de Enfermagem um processo dinâmico, o presente documento é susceptível de sofrer alterações consoante seja considerado pertinente pela equipa de Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

Criner, R.N., Han, M.K. (2018). COPD Care in the 21st Century: A Public Health Priority. *Respiratory Care*, 63 (5). May.

Direção-Geral da Saúde, Norma 005/2019. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/08/26/diagnostico-e-tratamento-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-no-adulto/>

Dury, R. (2016). COPD and emotional distress: not always noticed and therefore untreated. *British Journal of Community Nursing*, 21 (3), March.

Forum of International Respiratory Societies (2017). *The Global Impact of Respiratory Disease* (second edition). Sheffield: European Respiratory Society.

Figueiredo, J.P. (2015). Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida. Indicadores de risco epidemiológico, avaliação de estados de saúde e doença. (Tipo de trabalho: Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, ramo Ciências Biomédicas), Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/29621>

George, M. (2018) Adherence in Asthma and COPD: New Strategies for an Old Problem. *Respiratory Care*, 63 (6), June.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention – a guide for healthcare professionals. Disponível em: <https://goldcopd.org/>

Matos, M.G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise psicológica*, 3 (XXII): 449-462.

National Institute for Health and Care Excellence (2018). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115> Consultado a 29/04/2019

Ordem dos Enfermeiros (2012a). Parecer n.º 03/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_3_2012_Consulta_de_Enfermagem_Especializada.pdf consultado a 24/01/2020

Ordem dos Enfermeiros (2012b). Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2015. Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro, J. L. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*. Vol 2 (XXII), p. 387-397.

Padilha, J. M. (2010). Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol XVI (4). 641-648

Portugal. Ministério da Saúde (2006). Glossário para as Unidades de Saúde Familiar. *Missão para os cuidados de saúde primários*. Ministério da Saúde.

Anexo I

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde adaptado à consulta
de enfermagem de DPOC

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Ando a pé ou de bicicleta diariamente	1	2	3	4	5
Pratico desporto que faz suas duas vezes por semana	1	2	3	4	5
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	1	2	3	4	5
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	1	2	3	4	5
Pratico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	1	2	3	4	5
Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	1	2	3	4	5
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	1	2	3	4	5
Mantenho as minhas vacinas em dia	1	2	3	4	5
Verifico regularmente a minha pressão arterial	1	2	3	4	5
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	1	2	3	4	5
Vou anualmente ao médico	1	2	3	4	5
Não guio (carro, motorizada, etc) quando bebo de mais, ou não viajo com um condutor que bebeu de mais	1	2	3	4	5
Quando guio ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me mater dentro do limite da velocidade	1	2	3	4	5
Quando viajo, coloco o cinto de segurança	1	2	3	4	5
Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	1	2	3	4	5
Evito fumar	1	2	3	4	5
Evito ingerir alimentos com gordura	1	2	3	4	5
Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas como café, chá ou coca-cola	1	2	3	4	5
Evito ingerir alimentos que são feito à base de açúcar (tais como bolos, chocolate e rebuçados)	1	2	3	4	5
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	1	2	3	4	5
Evito os ambientes muito ruidosos	1	2	3	4	5
Evito os ambientes que tenham o ar poluído	1	2	3	4	5

Adaptado de: Ribeiro, J. L. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*. Vol 2 (XXII), p. 387-397.

**Apêndice VII – Guia orientador da Consulta de Enfermagem de Cessação
Tabágica**

GUIA ORIENTADOR

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE CESSAÇÃO TABÁGICA

Unidade de Saúde Familiar AS

Janeiro 2020

Lista de Abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPCT	Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
U.S.	<i>United States</i>
USF	Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas

Índice

Lista de Quadros

INTRODUÇÃO	5
1. DEPENDÊNCIA DO TABACO	8
1.1. Constituintes do fumo de tabaco	8
1.2. Consequências do fumo de tabaco	9
1.3. Síndrome de abstinência	10
1.4. Intervenção breve e intervenção intensiva	10
1.5. Modelo Transteórico da Mudança	11
2. CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE CESSAÇÃO TABÁGICA	13
2.1. Local	13
2.2. Responsabilidade	13
2.3. Recursos	13
2.3.1. Humanos	13
2.3.2. Materiais	13
2.4. Objetivo geral da consulta	14
2.5. Objetivos específicos da consulta	14
2.6. Critérios de inclusão na consulta	14
2.7. Preparação operacional	14
2.8. Estrutura da Consulta	14
CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
Anexo I – Estratégia de intervenção breve “5As”	
Anexo II – Estratégia de intervenção breve “5Rs”	

Lista de Quadros

Quadro 1 - Diagnósticos e intervenções de Enfermagem (SClínico,
linguagem CIPE)

15

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado um dos mais graves problemas de saúde pública, é uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial sendo responsável por cerca de 63% das mortes relacionadas com doenças crónicas não transmissíveis como o cancro, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares e a diabetes. A OMS estima que, mantendo a tendência de consumo atual, em 2030, 10 milhões de mortes por ano serão causadas por doenças relacionadas com o consumo de tabaco (OMS, 2015).

De acordo com dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, cerca de 58% da população residente em Portugal nunca tinha fumado; 20% eram fumadores e cerca de 22% correspondiam a ex-fumadores (Ministério da Saúde, 2018). Ainda segundo este relatório, é preocupante o aumento do consumo de tabaco nas mulheres, principalmente na população entre os 15 e os 24 anos (Ministério da Saúde, 2018).

Não existem níveis de exposição segura, sendo a exposição ao fumo de tabaco igualmente nociva para a população não fumadora, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e cancro do pulmão (DGS, 2007). Segundo dados da OMS, cerca de metade das crianças são expostas regularmente ao fumo de tabaco em locais públicos, estando esta exposição associada a doenças que causam a morte de cerca de 65 000 crianças por ano (OMS, 2018).

Face à problemática do tabagismo a nível mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu várias estratégias, entre as quais a Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco, aprovada em Portugal em 2005, representando a principal referência para o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) iniciado em 2012. As principais estratégias da OMS apresentam-se sintetizadas pelo acrónimo “MPOWER” (Ministério da Saúde, 2013):

Monitor – Monitorização do consumo de tabaco e políticas de prevenção;

Protect – Proteção dos indivíduos do consumo de tabaco;

Offer – Apoio na cessação tabágica;

Warn – Aviso em relação aos malefícios do tabaco;

Enforce – Imposição de proibições na publicidade, promoção ou patrocínio de tabaco;

Raise – Aumento dos impostos sobre o tabaco;

Embora tenha existido melhoria na prevalência de consumo nos últimos anos entre a população portuguesa, representando esta o reflexo de políticas de saúde instituídas, torna-se evidente a necessidade de continuar o investimento ao nível da prevenção, implementando estratégias de educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudável, nomeadamente entre a população mais jovem, bem como ao nível da promoção da cessação tabágica.

A implementação de consultas de cessação tabágica em vários ACES do nosso país bem como a comparticipação de medicamentos antitabágicos representam duas importantes estratégias para controlar a prevalência do tabagismo entre a população portuguesa. Hoje em dia, é consensual a importância de um adequado acompanhamento dos consumidores de tabaco por profissionais de saúde com formação específica nesta área, de forma a ajustar estratégias que mais se adequam a cada indivíduo. Neste sentido, evidencia-se o acompanhamento destes indivíduos por parte da Enfermagem, pela especificidade das suas funções, nomeadamente, no que respeita à promoção da saúde (OE, 2012), tendo por base os princípios humanistas, do respeito pela liberdade e dignidade humanas. O exercício profissional da prática de Enfermagem está centrado na relação interpessoal entre enfermeiro e Pessoa (indivíduo, família, grupo ou comunidade), sendo esta relação terapêutica caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades (OE, 2012). A finalidade desta atuação é dotar os indivíduos de conhecimentos e capacidades que lhes permitem tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde.

O tratamento da dependência do tabaco é considerado um padrão de referência das terapêuticas preventivas (DGS, 2007) sendo que as intervenções ao nível da cessação tabágica devem tornar-se parte integrante dos cuidados de saúde, constituindo-se como um modelo de boas práticas (DGS, 2007).

Uma vez que existem múltiplos fatores na origem do tabagismo, torna-se necessária uma combinação integrada de múltiplas estratégias, centradas na prevenção do início de consumo, na promoção da cessação, na proteção da exposição e na criação de ambientes favoráveis à adoção de estilos de vida saudável (DGS, 2007).

A cessação tabágica representa um desafio aos profissionais de saúde uma vez que implica a mudança comportamental por parte dos indivíduos. Por vezes representa um longo caminho, sendo necessária muita persistência para que não ocorram retrocessos. O enfermeiro tem um papel fundamental ao nível do acompanhamento destes indivíduos, dando apoio, encorajando e aconselhando o indivíduo, consoante as etapas do processo de mudança comportamental, aplicando pensamento crítico e técnicas de resolução de problemas.

Através da consulta de Enfermagem, o enfermeiro recolhe e analisa informação relevante que lhe permite estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado, diagnostica e prioriza problemas, promove momentos de avaliação em todo este processo, com vista à excelência dos cuidados.

Com o presente guia orientador da Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica pretende-se criar um documento onde estão agrupadas estratégias de intervenção na promoção da cessação tabágica, considerando as etapas do Processo de Enfermagem e utilizando a taxionomia CIPE da plataforma informática *SClínico*.

1. DEPENDÊNCIA DO TABACO

A dependência do tabaco é um fenómeno complexo que resulta da interação de vários fatores, sendo o mais importante a presença de nicotina, a principal responsável pela dependência física e psicológica (DGS, 2007).

1.1. Constituintes do fumo de tabaco

Para além da nicotina, o fumo do tabaco é composto por mais de 4000 substâncias, várias com efeitos potencialmente nocivos, entre as quais o monóxido de carbono, a acetona, o metano, o formaldeído ou a amónia e muitas com efeitos cancerígenos como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, as N-nitrosaminas, as aminas aromáticas, os aleídos, diversos metais pesados e substâncias radioativas como o polónio-2105 (DGS, 2007). Destas substâncias, algumas estão presentes na folha do tabaco, outras resultam da absorção pela planta de compostos químicos presentes no solo ou no ar (pesticidas e fungicidas) ou resultantes do processo de cura e armazenamento da folha (DGS, 2007).

A nicotina é o principal composto responsável pela adição. Esta é um alcalóide vegetal, com propriedades psicoativas, que altera os estados de humor. Atua sobre determinados recetores a nível cerebral e periférico, provocando estimulação e depressão consoante a intensidade e frequência com que é inalada (DGS, 2007).

O monóxido de carbono é um gás inodoro que se forma pela combustão dos vários compostos do tabaco e quando é inalado em grandes quantidades se torna mortal (DGS, 2007). A sua toxicidade incide principalmente na redução da capacidade da hemoglobina em desempenhar a sua função no transporte de oxigénio dos pulmões para as células do organismo. Está associado à doença isquémica coronária (DGS, 2007).

1.2. Consequências do fumo do tabaco

Atualmente o consumo de tabaco está associado a diversas doenças, nomeadamente, a nível cardiovascular, como seja o enfarte agudo do miocárdio (EAM), a nível respiratório, como seja a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), pneumonia e agravamento dos sintomas de asma. É também reconhecida a sua influência no risco de cancro, nomeadamente no cancro do pulmão, cancro do lábio, língua boca e laringe, cancro do esófago, cancro do estômago, cancro hepático, cancro pancreático, cancro colo-rectal, cancro da bexiga, do rim e ureter. Para além destas, existem outras repercussões na saúde nomeadamente, influência na diminuição da fertilidade, aumento do risco de prematuridade na gravidez, aborto espontâneo e baixo peso no nascimento (DGS, 2007; U.S. Department of Health and Human Services, 2017).

O relatório do U.S. Surgeon General, revisto em 2004, sobre as consequências do consumo de tabaco dá ênfase aos benefícios da cessação tabágica (DGS, 2007). Assim, quando se termina o consumo de tabaco:

- **20 minutos** depois o ritmo cardíaco diminui;
- **12 horas** depois o nível de monóxido de carbono no sangue diminui para valores normais;
- **2 semanas a 3 meses** depois diminui o risco de ocorrência de enfarte e aumenta a capacidade pulmonar;
- **1 a 9 meses** depois diminuem os sintomas de tosse e dispneia;
- **1 ano** após a cessação tabágica o risco de doença cardíaca coronária reduz para metade comparativamente com um fumador;
- **5 anos** após o risco de acidente vascular cerebral é igual ao de um não fumador;
- **10 anos** depois o risco de cancro de pulmão é cerca de metade comparativamente com o de um fumador diminuindo, igualmente, o risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas;

- **15 anos** depois o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não fumador;

Para além dos benefícios descritos, parar de fumar antes ou durante os primeiros meses de gravidez reduz o risco de a criança ter baixo peso ao nascer para níveis idênticos a uma mulher não fumadora (DGS, 2007).

1.3. Síndrome de abstinência

A síndrome de abstinência é caracterizada por um conjunto de sintomas que incluem irritabilidade, ansiedade, depressão, inquietação, mal-estar físico, dores de cabeça e alterações do sono, podendo ocorrer também a necessidade urgente de fumar um cigarro, aumento do apetite e dificuldade de concentração (DGS, 2007).

Estes sintomas surgem ao fim de poucas horas (2 a 12 horas), alcançando o pico entre as 24 e 48 horas depois de deixar de fumar. Por vezes, torna-se necessária a prescrição de medicação antitabágica de forma a controlar a sintomatologia da síndrome de abstinência.

1.4. Intervenção breve e intervenção intensiva

Os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, têm a responsabilidade de intervir ao nível da promoção da saúde das populações. A utilização dos serviços de saúde por parte da população corresponde a uma oportunidade para exercer este tipo de intervenção, através de esclarecimento e educação para a saúde, nomeadamente, no que respeita à avaliação do consumo de tabaco e promoção da cessação tabágica.

Na abordagem ao tabagismo distinguem-se dois tipos de intervenção (DGS, 2007):

- **Intervenção breve** – todos os contactos com o utente são oportunidades para abordar o tema do tabagismo. A intervenção breve tem uma curta duração, não excedendo os 10 minutos (DGS,

2007), em que é dada ênfase à necessidade de deixar de fumar bem como das suas vantagens (DGS, 2019), sendo utilizadas técnicas como os “5As” (Anexo I) ou os “5Rs” (Anexo II);

- **Intervenção intensiva** – requer uma abordagem mais demorada, estruturada em várias sessões, numa consulta específica para a cessação tabágica, realizada por profissionais com formação adequada (DGS, 2007).

1.5. Modelo Transteórico da Mudança

A mudança comportamental é um processo longo e complexo, como já foi referido anteriormente. Um dos modelos teóricos adotados para o estudo do processo de mudança comportamental relativamente ao consumo de tabaco é o Modelo Transteórico da Mudança proposto por Prochaska e DiClemente em 1982. Neste modelo é defendido que o indivíduo dependente transita por diferentes fases no seu processo de mudança comportamental, cada fase com características próprias (Santos, 2006). Embora alguns processos de mudança não evoluam exatamente de acordo com as fases deste modelo, caracterizar os indivíduos segundo as fases do Modelo Transteórico permite programar o processo de cessação tabágica (Santos, 2006) e adequar estratégias de intervenção por parte dos profissionais de saúde (DGS, 2007).

Assim, são definidos cinco estádios, pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Prochaska e DiClemente, 1983). No final deste processo poderá existir recaída ou abstinência definitiva (DGS, 2007).

Na fase de **pré-contemplação**, os indivíduos tendem a adotar uma postura defensiva e recusam mudar o seu comportamento (Prochaska e DiClemente, 1983). Apontam motivos como a desmotivação para a mudança comportamental e sentimentos de incapacidade para lidar com a situação existindo, muitas vezes, desconhecimento acerca dos riscos associados ao consumo de tabaco (DGS, 2007).

Na fase de **contemplação**, o indivíduo começa a colocar a hipótese de mudar o seu comportamento (Prochaska e DiClemente, 1983), embora existam

sentimentos de ambivalência (DGS, 2007; Santos 2006). Torna-se importante perceber os motivos dessa ambivalência, bem como definir as motivações e as expectativas relativas à mudança comportamental (Santos, 2006). Após ultrapassar esta ambivalência, o indivíduo passa para a fase de preparação, em que está decidido e comprometido a mudar (Matos, 2006).

A fase de **preparação** encontra-se entre a contemplação e ação, o indivíduo está a pensar mudar o seu comportamento no próximo mês (DGS, 2007; Santos, 2006), tendo já feito tentativas para deixar de fumar no último ano (DGS, 2007). É importante que a pessoa seja envolvida no seu plano de cuidados, definido objetivos concretos, resultados esperados e dificuldades possíveis (Santos, 2006).

Na fase de **ação**, existe já um comprometimento na mudança comportamental (Prochaska e DiClemente, 1983). O fumador conseguiu para de fumar e permanece com este comportamento durante os seis meses seguintes, sem recaídas (DGS, 2007). É importante que os profissionais de saúde promovam a prevenção da recaída, estabelecendo contactos com o indivíduo para felicitar a mudança comportamental, reforçar os benefícios da mesma e ajudando a resolver eventuais problemas residuais (Santos, 2006).

A fase de **manutenção** inicia-se seis meses após o dia de cessação tabágica, mantendo-se esse comportamento por um período de cinco anos (DGS, 2007).

Por vezes, a seguir à fase de ação ou manutenção, o indivíduo pode apresentar uma **recaída**, após a qual poderá regressar a qualquer uma das fases anteriores (DGS, 2007). A recaída deve ser encarada como um estágio de transição que está incluído no processo de mudança sendo, por vezes, importante como momento de aprendizagem e tomada de consciência para recomeçar o processo novamente (Santos, 2006).

2. CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE CESSAÇÃO TABÁGICA

2.1. Local

A Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica irá realizar-se na USF AS, inserida no âmbito dos serviços disponibilizados à população inscrita pela equipa de saúde (médica e de enfermagem), num gabinete próprio a designar.

2.2. Responsabilidade

A realização da Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica é da responsabilidade da Enfermeira A. E., com formação específica na área da cessação tabágica.

2.3. Recursos

2.3.1. Humanos

- Enfermeira A. E.

2.3.2. Materiais

- Gabinete de Enfermagem
- Computador e impressora
- Guia orientador para a consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica

2.4. Objetivo geral da consulta

Contribuir para a cessação tabágica por parte da população fumadora inscrita na USF AS

2.5. Objetivos específicos da consulta

- Avaliar os utentes que pretendem abandonar o consumo de tabaco
- Planear intervenções de acordo com os diagnósticos de Enfermagem identificados
- Intervir na população fumadora contribuindo para o abandono do uso de tabaco

2.6. Critérios de inclusão na consulta

Utentes inscritos na USF AS que pretendam abandonar o uso de tabaco tendo, previamente, dado o consentimento para inscrição nesta consulta.

2.7. Preparação operacional

A preparação operacional da consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica decorre durante o primeiro trimestre de 2020.

A sua implementação irá decorrer durante o segundo trimestre de 2020.

2.8. Estrutura da consulta

(a ser realizado posteriormente pela enfermeira A.E.)

Quadro 1 – Diagnósticos e intervenções de Enfermagem (SCLínico, linguagem CIPE)

7 Eixos CIPE	FOCO	JUÍZO	RECURSOS	AÇÃO	TEMPO	LOCALIZAÇÃO	CLIENTE
Processo de Enfermagem							
Diagnósticos de Enfermagem	10019766 -Abuso do tabaco 10001741 - Adaptação 10030298 -Adesão 10030354 -Adesão ao regime medicamentoso 10002429 – Ansiedade 10027022 – Apoio emocional 10017690 – Autocontrolo 10017661 - Autocuidado 10038453 -Autogestão dos sintomas 10035894 -Capacidade da família para participar no planeamento de cuidados 10043061 -Capacidade para adquirir medicação 10000068 -Capacidade para gerir regime 10044124 – Capacidade para gerir o stresse 10008782 -Comportamento de procura de saúde 10040754 – Comportamento de abstinência 10011042 -Conhecimento 10021918 -Conhecimento sobre o regime medicamentoso 10005208 - Coping 10022058 -Crença de saúde 10038610 -Disponibilidade para cessação tabágica 10038702 – Sintoma de abstinência 10018391 -Socialização 10011417 - Solidão 10020855 - Volição	10013269 - Anormal 10000420 -Atual 10011438 -Baixo 10012938 - comprometido 10025877 -Grave 10026692 - Melhorado 10025865 - Moderado 10013295 - Normal 10046624 - Presença 10015007 -Risco				Gabinete de Enfermagem	Utente com hábitos tabágicos
			- Enfermeira	10005254 - Aconselhar	10001843 - Admissão		

[illegible]

CONCLUSÃO

A mudança comportamental implica o acompanhamento adequado dos indivíduos por profissionais com competências específicas no seio da equipa de saúde.

A cessação tabágica é um processo complexo, marcado por avanços e recuos, em que a intervenção da Enfermagem é determinante no aconselhamento, apoio, motivação e esclarecimento dos indivíduos, atuando de forma estruturada, promovendo comportamentos de saúde e estimulando a adoção de estilos de vida saudável.

Com este guia orientador pretende-se estruturar adequadamente a Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica, de forma a adaptar as intervenções aos diferentes indivíduos, com o objetivo de prestar cuidados de excelência.

A melhoria contínua dos processos de prestação de cuidados é um objetivo da USF AS, contribuindo para os ganhos em saúde da população abrangida por esta unidade de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde, Norma 005/2019. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/08/26/diagnostico-e-tratamento-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-no-adulto/> consultado a: 09/01/2020

Direção-Geral da Saúde (2007). *Cessação Tabágica: programa-tipo de Actuação*. Lisboa: Gradiva.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde (2018). Leading cause of death, illness and impoverishment. Geneva, World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Organização Mundial de Saúde (2015). WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking. Geneva, World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/156262/9789241564922_eng.p%2df?sequence=1 consultado a 09/01/2020

Porchaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and Processes of Self Change of Smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Psychology*. Vol 51(3), p 390-395. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/16334721_Stages_and_Processes_of_Self_Change_of_Smoking_-_Toward_An_Integrative_Model_of_Change consultado a 12/01/2020

Portugal, Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde (2013). *Programa Nacional para a Prevenção do Consumo de Tabaco*. Ministério da Saúde.

Santos, M. (2006). Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental – uma proposta. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. (22): p 255-262.

U.S. Department of Health and Human Services (2017). Smoking and Tobacco Use. Fast Facts and Facts Sheet: Health Effects of Cigarette Smoking. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm consultado a 09/01/2020

Anexo I

Estratégia de intervenção breve “5As”

Estratégia de Intervenção breve “5As” (DGS, 2007)

1º Abordar hábitos – abordar e identificar todos os fumadores, em todos os momentos de contacto, registando a informação no processo do utente.

2º Aconselhar a Parar – aconselhar todos os fumadores a parar de fumar, informar acerca dos riscos e benefícios da cessação tabágica.

3º Avaliar a motivação – avaliar se existe ou não motivação para parar de fumar no mês ou seis meses seguintes.

4º Ajudar na tentativa – para os indivíduos que estão preparados para o abandono do tabaco é aconselhável marcar uma data para deixar de fumar – o dia D. Fornecer informação prática com estratégias para ultrapassar problemas. Pode ser dado um folheto de auto-ajuda.

5º Acompanhar – programar o seguimento em consulta ou contacto telefónico após o dia D, de acordo com as necessidades do indivíduo.

Anexo II

Estratégia de intervenção “5Rs”

Estratégia de intervenção breve “5Rs” (DGS, 2007)

1º Relevância dos benefícios – encorajar o fumador a descrever os benefícios da cessação tabágica para si e sua família.

2º Riscos em continuar – pedir ao indivíduo fumador para identificar potenciais consequências negativas do consumo de tabaco, dando maior ênfase aos riscos mais relevantes a curto e a longo prazo.

3º Recompensas – pedir ao fumador para identificar potenciais benefícios da cessação tabágica, em especial para a sua saúde

4º Resistências – pedir ao indivíduo para identificar barreiras ou obstáculos à sua decisão de parar de fumar, por exemplo, o medo de falhar ou receio dos sintomas de abstinência.

5º Repetição – repetir a intervenção em todos os contactos com o indivíduo fumador. O profissional de saúde deverá estar atento aos momentos de maior predisposição para a mudança, como por exemplo, o diagnóstico de uma patologia grave ou o diagnóstico de gravidez.

Apêndice VIII – Avaliação de Indicadores

Avaliação de Indicadores

Indicadores de Atividade	Nº de questionários aplicados/ Nº de utentes elegíveis x 100%	42/95 x 100%
		44,2%
	Nº de participantes contactados que confirmaram presença nas sessões / Nº de participantes contactados x 100%	9/10 x100%
		90%
Indicadores de Resultado	Nº de presenças nas sessões de educação para a saúde / Nº de participantes contactados x 100%	8/10 x 100%
		80%
	Nº de participantes presentes na sessão de EpS que identificam a DPOC como uma doença respiratória crónica/ Nº de participantes nas sessões de EpS x 100%	8/8x 100%
		100%
	Nº de participantes presentes na sessão de EpS que reconhecem a cessação tabágica como um fator determinante na manutenção da qualidade de vida/ Nº de participantes na sessão de EpS x 100%	8/8 x100%
		100%
	Nº de participantes que reconhecem o exercício físico como um fator que contribui para a manutenção da qualidade de vida / Nº de participantes na sessão de educação para a saúde x 100%	8/8 x 100%
		100%

Apêndice IX – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, Tânia Cristina Ramos Mendes, estudante do 10º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou a realizar um projeto de intervenção comunitária intitulado “Análise da adesão terapêutica em indivíduos com DPOC na comunidade”. Este projeto decorre no âmbito académico do estágio na unidade de Saúde Familiar Amora Saudável.

Uma vez que um adequado nível de adesão terapêutica é fundamental para a gestão das doenças crónicas e que existem vários fatores que podem influenciar o nível de adesão por parte dos utentes à terapêutica, com este projeto pretende-se fazer uma caracterização sócio-demográfica dos participantes no estudo, bem como, compreender o nível de adesão terapêutica no caso específico de utentes com o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

A sua colaboração é voluntária e consiste no preenchimento de um questionário, que se encontra dividido em duas partes: a primeira referente à caracterização sócio-demográfica e a segunda relativa à adesão terapêutica.

Pelo presente, solicito a sua autorização para a utilização dos dados recolhidos que serão utilizados exclusivamente para este estudo. É garantido o anonimato e a confidencialidade de Vossa Ex.^a e caso deseje abandonar o referido estudo, poderá fazê-lo em qualquer altura, sem nenhum tipo de prejuízo. No caso de surgir alguma dúvida, não hesite em contactar-nos.

Atenciosamente, grata pela sua colaboração

Tânia Cristina Ramos Mendes

Telefone: 965745381

Email: taniamendes@campus.esel.pt

Assinatura da Responsável pelo Projeto _____
(Enfermeira Tânia Mendes)

Lisboa, __/__/____

Eu _____

Declaro ter compreendido a informação transmitida sobre o projeto e o funcionamento do mesmo. Fui esclarecido (a) sobre todos os aspetos que considero importantes e fui informado sobre o meu direito de recusar a minha participação em qualquer momento. Deste modo, consinto participar voluntariamente neste projeto.

Nome _____ do _____ participante

Assinatura

_____ Lisboa, __/__/____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, A OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**